**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**BỘ MÔN NGŨ QUAN**

**GIÁO TRÌNH NGŨ QUAN**

PHẦN I: RĂNG HÀM MẶT

Bài 1: GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ RĂNG, MIỆNG

**Mục tiêu:**

1. Mô tả được cấu tạo giải phẫu cơ bản của răng, miệng.

2. Trình bày được chức năng sinh lý của răng miệng.

**I. Cấu tạo giải phẫu:**

***1. Miệng****:*

Miệng được giới hạn bởi 2 môi ở phía trước, hai bên là mặt trong má, trên là vòm miệng và dưới là sàn miệng.

- Trong khoang miệng có lưỡi.

- Khoang miệng gồm 2 phần: tiền đình và ổ miệng được ngăn cách với nhau bởi cung răng lợi.

*a. Tiền đình:*

- Là khoảng giữa môi, má và cung lợi răng. Tiền đình có niêm mạc che phủ, có các nếp niêm mạc và dây chằng. Tiền đình trên có lỗ ống stenon dẫn nước bọt từ tuyến nước bọt mang tai đổ vào ổ miệng ở ngang mức cổ răng số 7 hàm trên.

- Giữa bờ trước cành lên xương hàm dưới và các răng hàm cuối có lỗ thông tiền đình vào ổ miệng. Qua đó có thể áp dụng đặt sonde cho người bệnh ăn trong trường hợp không há được miệng do gãy xuơng hàm, khít hàm....

*b. Ô miệng:*

- Gồm răng, lưỡi, hai tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi.

*c. Lưỡi:* Cấu tạo gồm hai mặt: trên và dưới, hai bờ: phải và trái. Đầu nhọn ở trước, đáy ở sau. Mặt trên lưỡi có nhiều thần kinh vị giác.

- Lưỡi có chức năng nếm, tham gia các động tác nhai, phát âm và nuốt.

***2. Răng và hàm răng***

- Răng được cắm vào xương hàm ở các lỗ chân răng, được giữ bởi các dây chằng và lợi dính từ cổ răng đến chân răng, bên ngoài có vùng lợi che phủ.

- Răng có 2 loại là răng vĩnh viễn và răng sữa.

*a. Cấu tạo răng*: Răng được chia thành 3 phần:

\*Thân răng: Là phần trông thấy được ở trên cổ răng giải phẫu, thân răng có 5 mặt:

- Mặt nhai (răng hàm), rìa cắn (răng cửa): qua đó có sự tiếp xúc các răng hàm đối diện để cắn xé, nhai, nghiền thức ăn. Ở mặt nhai có các múi răng, được phân cách nhau bởi các rãnh.

- Mặt ngoài: còn gọi là mặt má đối với răng hàm, mặt môi (tiền đình) với răng cửa.

- Mặt trong: Là mặt vòm miệng với các răng hàm trên, mặt lưỡi đối với các răng răng phát triển thuận lợi.

\* Phòng cho trẻ các bệnh đường mũi họng tránh ảnh hưởng đên cung răng.

\* Trẻ học cấp I, II cần được hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng, được chữa sâu răng và nắn chỉnh răng lệch lạc.

\* Tuổi dậy thì và thanh niên: có sự thay đổi nội tiết và phát triển đột biến về thể chất nên rất dễ dẫn đến tình trạng viêm lợi. Do đó cần giữ vệ sinh răng miệng cẩn thận, điều trị viêm quanh răng lợi nếu có, nắn chỉnh răng mọc bất thường. Cần khám răng lợi định kỳ 6 tháng/lần

\* Tuổi trưởng thành: duy trì chăm sóc răng miệng đều đặn thường xuyên tại nhà. Khám răng miệng định kỳ, chữa sâu răng, viêm lợi và viêm quanh răng kịp thời; Chỉnh sửa sang chấn khớp cắn. Những răng bị nhổ do viêm quanh răng cần phục hồi bằng hàm giả để ăn nhai và giữ chắc các răng còn lại trên hàm. Giữ vệ sinh răng miệng tốt, xoa nắn hàng ngày. Dùng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa để vệ sinh răng miệng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ: Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Tổ chức nào không thuộc tổ chức vùng quanh răng ?

A. Lợi

B. Răng

C. Dây chằng quanh răng

D. Xương răng và xương ổ răng.

2. Yếu tố ngoại lai quan trọng ở vùng quanh răng là:

A. Sang chấn khớp cắn.

B. Mảng bám răng

C. Cao răng

D. Răng mọc lệch lạc

3. Yếu tố nội tại quan trọng ở vùng quanh răng là:

A. Rối loạn nội tiết tuổi dậy thì và thai nghén.

B. Phản ứng miễn dịch của cơ thể tại chỗ.

C. Sự sắp xếp răng.

D. Suy dinh dưỡng

4. Nguyên nhân quan trọng nhất gây viêm lợi là:

A. Sang chấn

B. Vi khuẩn

C. Tác nhân vật lý

D. Tác nhân hoá học.

5. Viêm quanh răng không điều trị sẽ dẫn đến tình trạng:

A. Sâu răng

B. Mất răng hàng loạt

C. Hư quanh răng

D. Tiêu quanh răng

Bài 2: BỆNH SÂU RĂNG

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được nguyên nhân chủ yếu gây bệnh và yếu tố nguy cơ gây sâu răng.
2. Trình bày bệnh sinh bệnh sâu răng.
3. Chẩn đoán bệnh sâu răng và các biến chứng của nó.
4. Trình bày điều trị và các biện pháp dự phòng bệnh sâu răng.

I. Đại cương:

1. Định nghĩa:
* Sâu răng là một bệnh ở tổ chức cứng của răng (men, ngà và cement), đặc trưng bởi sự khử khoáng làm tiêu dần các chất vô cơ, hữu cơ ở men răng, ngà răng tạo thành hố trên răng gọi là lỗ sâu và không tự tái tạo lại như cũ được.
* Sâu răng là một bệnh phô biên ở nước ta cũng như các nước trên thê giới, bệnh mắc rất sớm và gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới, mọi dân tộc....
* Sâu răng là một bệnh mang tính chất xã hội và có xu hướng tăng cùng với sự phát triển của nền kinh tế.
1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh sâu răng:
* Tỉ lệ sâu răng gia tăng theo tuổi ở cả hệ răng sữa lẫn răng vĩnh viên.
* Sự phân bố sâu răng cũng khác nhau giữa các răng và các mặt răng.
* Sâu răng chịu ảnh hưởng của môi trường gia đình và trường học.
* Trình độ văn hoá càng cao thì tình trạng sức khoẻ răng miệng được nâng cao, đặc biệt là kiến thức của người mẹ.
* Nếu không điều trị bệnh dẫn đến nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe chung, thẩm mỹ và dễ tái phát sau khi điều trị.

II. Nguyên nhân:

Sâu răng gần như là một bệnh mắc phải do điều kiện môi trường, vì vậy các yếu tố tại chỗ là nguyên nhân cơ bản và chủ yếu gây sâu răng còn nguyên nhân tổng quát chỉ là những yếu tố nguy cơ.

1. Nguyên nhân tại chỗ:

Cần tối thiểu 3 yếu tố chính đồng thời tương tác với nhau để tạo nên sang thương sâu đó là: răng nhạy cảm, vi khuẩn (mảng bám), thực phẩm .

a. Vi khuẩn: Là nguyên nhân cần thiết để khởi đầu cho bệnh sâu răng, tuỵ không có loại vi khuẩn đặc hiệu gây sâu răng nhưng không phải tât cả vi khuân trong miệng đều gây ra sâu răng. Vi khuẩn ở trong mảng bám răng, cao răng. Tùy theo vai tro gây sâu răng, các vi khuẩn được chia làm hai nhóm :

* Vi khuẩn tạo acid: Các loại vi khuẩn này lên men carbohydrate tạo ra acid làm pH giảm xuống < 5, sự giảm pH liên tục có thể đưa đến sự khử khoáng trên bề mặt răng, làm mật vôi ở các mô cứng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu xảy ra, nhóm này gồm :+ Lactobacillus acidophillus: hiện diện với số lượng ít nhưng lại tạo ra acid có pH thấp rất nhanh trong môi trường

+ Streptococcus mutans: đây là tác nhân chủ yếu gây ra sự thành lập mảng bám, dính trên bê mặt răng và nếu có sự hiện diện cùng lúc hai yếu tố chất đường, thời gian thì sẽ có đủ điều kiện thuận lợi để khởi phát sang thương sâu sau đó L.acidophillus làm sang thương tiến triển xuống bên dưới bề mặt.

+ Actinomyces: cũng có thể gây sâu răng.

* Vi khuẩn phân giải protein: Làm tiêu hủy chất căn bản hữu cơ sau khi mất vôi.
1. Thực phâm: Là những thức ăn cần thiết mà cơ thể hấp thu vào để sống và hoạt động. Tuy nhiên, thực phẩm cũng là một yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, vì đó cũng là chất dinh dưỡng của vi khuẩn. Tùy theo loại thực phẩm, tính chât của thực phẩm và chế độ sử dụng nó, mà có thể gây sâu răng hoặc không.
* Carbohydrat: Các chât bột, đường là loại thực phẩm gây sâu răng nhiều nhất. Trong đo đường là loại thực phẩm chủ yếu gây sâu răng và làm gia tăng sâu răng, đặc biệt là loại đường sucrose, đây là chất ưa thích của vi khuẩn gây sâu răng, nó chuyển hoá thành acid và chính sự sinh acid này làm mất khoáng men. Điều quan trọng là khả năng gây sâu răng không phải do số lượng đường, mà do số lần sử dụng và thời gian đường bám dính trên răng.
* Protid: Các loại Protid nguyên thủy ít gây sâu răng, ngược lại những loại protid được chê biên làm tăng sâu răng do tính chất bám dính của nó.
* Lipid: Các chất béo không gây sâu răng.

Những thực phẩm có tính chất xơ ít gây sâu răng, trong lúc những thực phẩm mềm dẻo, dính vào răng thì dễ gây sâu răng hơn.

Chế độ ăn đầy đủ, đúng bữa, không ăn vặt sẽ giảm được sâu răng.

R*ăng:* Một số yếu tố làm tăng tính nhạy cảm của răng đối với sự khởi phát sâu răng ở mỗi cá thể như :

Vị trí của răng trên cung hàm

+ Răng mọc lệch lạc, xoay dễ bị sâu hơn răng mọc thăng hàng.

+ Nhóm răng hàm bị sâu nhiều hơn nhóm răng cửa.

Đặc điểm hình thái học

+ Mặt nhai bị sâu nhiều nhất vì có nhiêu rãnh lõm do tập trung mảng bám răng.

+ Mặt bên cũng dễ bị sâu vì men răng ở vùng cô mỏng, giăt thức ăn.

+ Mặt trong, ngoài ít bị sâu hơn vì trơn láng.

Thành phần cấu tạo của răng: Răng bị khiếm khuyết trong cấu tạo như thiểu

sản men, hay men răng kém khoáng hóa rât dê bị sâu.

Mòn răng: Răng bị mòn phần men cũng dễ bị sâu hơn (mòn răng có thể do chải răng sai phương pháp, móc răng giả, nghiến răng, ăn nhai lâu ngày...).

* Tuổi răng: Răng mới mọc kém cứng, dễ bị tác dụng của acid, với thời gian men răng được tái khoáng hoá làm chúng đề kháng hơn với acid.

Ngoài 3 yếu tố trên còn 2 yếu tô liên quan nữa là:

+ Thơi gian: Vi khuẩn gây sâu răng sau khi nhiễm vào môi trường miệng, tự nó sẽ không gay sâu răng được mà cần phải có chất đường giúp cho sự chuyên hoá của vi khuẩn, tuy nhiên sâu răng không phụ thuộc vào số lượng, số lần sử dụng đường mà phụ thuộc vào thời gian đường và mảng bám vi khuẩn tồn tại trên bề mặt răng, thời gian tồn tại càng lâu thì vi khuẩn chuyển hoá đưòmg thành acid càng nhiều và acid tấn công gần như thương xuyên trên bề mặt răng làm mất khoáng men. Tuy nhiên, qua trình mất khoáng có thể phục hồi hoặc giảm mức độ nhờ các thành phần khác nhau trong nước bọt, tốc độ tiết.

+ Nước bọt: Là môi trường hoạt động của các vi khuẩn trong miệng, nước bọt tiết càng nhiều càng giảm sâu răng. Ngoài ra tính chất nước bọt lỏng hay quánh cũng ảnh hưởng đến bệnh sâu răng, nước bọt càng quánh thì sâu răng càng cao. Nước bọt giữ vai trò :

* Trung hòa acid: Trên bề mặt men răng luôn luôn xảy ra hai hiện tượng trái ngược nhau: sự tạo acid bởi vi khuẩn và sự trung hòa acid bởi nước bọt.
* Sát khuẩn: Ngăn cản sự phát triển của vi sinh vật nhờ các chât lysozyme,lactoperosidase, lactofferrin chứa trong nước bọt.
* Chải rửa: Làm sạch răng thường xuyên, với sự phối hợp cử động của môi, má và lưỡi v.v..., làm chậm quá trình hình thành mảng bám.
* Tái khoáng hóa: nhờ thành phần calci, phosphate trong nước bọt có thê tích tụ ở men trong giai đoạn sớm của sang thương sâu răng, khả năng này sẽ tăng lên nếu có sự hiện diện của fluor.

2. Nguyên nhân tổng quát: Đây là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sâu răng

* Giới tính: Thông thường nam ít sâu răng hơn nữ, có thể do nữ ăn vặt nhiều hơn, mặt khác nữ còn chức năng thai nghén, cho con bú, rối loạn nội tiết...và nữ mọc răng sớm hơn nam.
* Tuổi: Người ta nhận thấy bệnh sâu răng không phát triển đều đặn trong suốt đời, thường lứa tuổi từ 4-8 bị sâu nhiều, ở giai đoạn này những răng sữa bị phá hủy rất nhanh và nhiều. Từ 11 - 19 tuối, các răng vĩnh viễn bắt đầu bị sâu nhiều.
* Bệnh toàn thân: Những bệnh thời gian kéo dài như sởi, thương hàn... dẫn đến vệ sinh răng miệng kém đưa đến sâu răng, hoặc bệnh nhân bị chứng khô miệng xạ trị tuyến nước bọt, tiểu đường...tỉ lệ sâu răng tăng.
* Kinh tê - văn hoá - xã hội: Ảnh hưởng gián tiếp qua đời sống, sinh hoạt và nhận thức của con người, văn hoá càng cao thì nhận thức của con người được nâng cao về mọi mặt. Kinh tê phát triển mọi nhu cầu cũng gia tăng đặc biệt là gia tăng mức tiêu thụ đường sẽ ảnh hưởng đến tỉ lệ bệnh sâu răng. Xã hội càng phát triển, các dịch vụ chăm sóc y tế, các chương trình phòng bệnh được quan tâm nhiều hơn thì sẽ ít bị sâu răng hơn...

III. Sinh bệnh học:

Có rât nhiêu thuyết để giải thích cơ chế gây bệnh, trong đó thuyết sinh acid (thuyêt hóa học vi khuẩn) của Miller (1882) được nhiều người chấp nhận nhất.

Theo Miller vi khuân tác động lên bột, đường sinh ra acid, làm pH trong môi trường miệng giảm xuống < 5 trong vòng 1 - 3 phút, sự giảm pH liên tục đưa đến sự khử khoáng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu.

Từ thuyết của Miller, Keyes (1962) đã tóm tắt lại thanh một sơ đồ gồm ba vòng tròn biểu thị cho vi khuẩn, răng (men răng), thức ăn (bột, đường), sau đó được bổ sung thêm yếu tố thời gian. Phải có đủ 4 yếu tô tác động hô tương, Ipl có sâu răng.

Đến 1975, người ta nhận thấy sâu răng không phải chỉ có đường và vi khuân s. mutans, mà còn chịu nhiêu yếu tố khác chi phối, nên White thay vòng tròn chất bột đường bằng từ chất nền (substrate), bao hàm vai trò bảo vệ răng và trung hòa acid của nước bọt, vệ sinh răng miệng, kem đánh răng có fluor. Đặc biệt là độ pH của nước bọt và dòng chảy nước bọt quanh răng.

Vi khuẩn: Streptococcus mutans

Chất nền: - Vệ sinh miệng sử dụng íluorid

-pH vùng trao đổi quanh răng thấp 4,5-5 sẽ gây thương tổn dưới bề mặt.

-Khả năng trung hoà (đệm) của nước bọt.

Sâu răng=Huỷ khoáng > tái tạo khoáng (cơ chê hoá học và vật lý sinh học)

Mất ổn định (destabilysing)

Mảng bám (vi khuẩn) (kiểm soát được)

Chế độ ăn đường nhiều lần (kiểm soát được)

Thiếu nước bọt hay nước bọt acid (íluorid)

Acid từ dạ dày tràn lên miệng

pH<5

pH>5,5

Nước bọt

Khả năng kháng acid của men F- có ở bề mặt men răng

Trám bít hố rãnh Độ Ca++,NP04-quanh răng

III. Giải phẫu bệnh:

*Đại thể:* Lỗ sâu thông thường có hình cầu, phần men bị phá hủy ít hơn phân ngà (chất khoáng ở men > ngà), bờ lỗ sâu lởm chởm, đáy và thành lỗ sâu có ngà mềm. Lỗ sâu có thể to hoặc nhỏ, nông hoặc sâu.

Vi thể:

*Sâu men*: Khi men răng bị phá hủy, dưới kính hiển vi điện tử thấy các trụ men bị cắt thành từng mảnh nhỏ, sau đó đến những trụ men bị tách rộng rồi đến men răng bình thường .

*Sâu ngừ.* Khi phá hủy qua phần ngà, dưới kính hiển vi thấy lỗ sâu có bốn vùng:

+ Vùng hoại tử: ở vùng này các trụ men bị hư hại, có các mảnh vụn ngà răng, vi khuẩn trong miệng, lớp này thường bị che phủ bởi một lớp thức ăn.

+Vùng nhiễm trùng: ống ngà bị xâm lấn bởi vi khuẩn, trong lòng ống ngà và chung quanh ống ngà đều có hiện tượng mất chất khoáng. Mô bị phá hủy không có khả năng hồi phục.

+ Vùng bị ảnh hưởng: Giữa lớp này, lòng ống ngà bị xâm nhập bởi một số vi khuẩn, trong lòng ống và chung quanh ống ngà hơi bị mất chất khoáng.

+ Vùng xơ hóa: Lòng ống ngà bị bít lại bởi những phân tử chất khoáng, đây là bức tường ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn và chỉ có ở răng còn sống.

Phân loại bệnh sâu răng:

Phân loại theo độ sâu:

Sâu men

Sâu ngà nông

Sâu ngà sâu

Phân loại bệnh sinh:

Sâu răng tiên phát

*Sâu thứ phát:* Tổn thương mới phát sinh trên một răng đã được điều trị

*Sâu tái phát:* Tái phát trên nền của tổn thương cũ đã được điều trị

Phân loại theo vị tri tôn thương

Sâu hố rãnh

Sâu mặt nhẵn

 Sâu cement (Sâu chân răng)

 Phân loại theo tiến triển của tôn thương:

Sâu răng cấp tính

 Sâu mãn tính (Sâu răng tiến triển chậm)

c. Sâu răng ngừng tiến triển

1. Phân loại theo Black:

*Loại* I: Sâu rãnh mặt nhai các răng hàm.

Loại II:Sâu rãnh mặt nhai và mặt tiếp giáp của răng hàm

Loại III:Sâu cạnh bên răng cửa.

Loại IV:Sâu cạnh bên và dìa cản răng cửa.

Loại V:Sâu cổ răng và rãnh mặt ngoài răng

1. Triệu chứng lâm sàng:

1.Sâu men (Sl):*+* Đây là hình thể đầu tiên của bệnh sâu răng, khác với các mô khác, men răng không có tế bào mạch máu, thần kinh, nên không có triệu chứng gì.

+ Khám: Tổn thương thường thấy ở hố, rãnh mặt nhai, hoặc chung quanh rìa miêng hàn cũ.

 Men răng đổi màu trắng đục hoặc vàng nâu.

Dùng thám trâm khám thấy men răng lởm chởm không còn trơn láng và mắc kẹt.

2. Sâu ngà (S2, S3)

- Là giai đoạn tiêp theo của sâu men không điều trị hoặc sâu ngay từ đầu nếu lộ ngà (thiếu men vùng cô răng, mòn ngót cement vùng chân răng). Ngà răng là mô có thần kinh và phần kéo dài của nguyên bào tạo ngà trong cac ống ngà nên dù mới chớm cũng có cảm giác đau buốt với những kích thích vật lý hóa học cơ học...

- Sâu ngà chia 2 loại: Sâu ngà nông (S2) và sâu ngà sâu (S3) tùy theo mức độ lỗ sâu.

a. Cơ năng:

-Ê buốt khi có kích thích (nóng, lạnh, chua, ngọt, thức ăn lọt vào, mài xoang...) và hết kích thích thì hết ê buốt

b. Thực thể:

- Nhìn thây lỗ sâu răng. Tùy mức độ mà lỗ sâu to hay bé. Thường nhìn thấy lỗ sâu miệng bé đấy to bờ lởm chởm.

- Men ngà răng chung quanh lỗ sâu đổi màu trắng đục, vàng hoặc nâu đen

- Khám bằng thám trâm: Bờ lỗ sâu lởm chởm, thành và đáy lỗ sâu ghồ ghề đổi màu có lớp ngà mềm, ngà mủn...nạo quanh lỗ sâu bệnh nhân có cảm giác đau buốt

- Gõ răng không đau, không lung lay.

3. Sâu chân răng (sâu cement):

Thường gặp ở người già do nướu bị co lại, nhất là ở 1/3 cổ (vì lớp cement mỏng), nên sâu cement dễ biến thành sâu ngà. Khó phát hiện nên phải khám kỹ tất cả các mặt răng. Có thể phát hiện bằng cách chụp phim XQ răng

**VII. Chẩn đoán:**

Chẩn đoán xác định:

+ Cơ năng: Đau do kích thích nóng lạnh chua ngọt... và hết kích thích thì hết đau.

+ Khám : Có lỗ sâu răng, men răng đổi màu, đáy lỗ sâu gồ ghề đổi màu có lớp ngà mềm, ngà mủn...

Chẩn đoản phân biệt:

Trên răng có thể có các tổn thương không do sâu cần phân biệt với

1. Thiếu sản men:
* Có khi răng mới mọc.
* Thường đối xứng hoặc trên các răng mọc cùng thời kỳ.
* Khám răng thây mât men răng, bờ xung quanh lởm chỏm, đáy cứng, không có lớp ngà mềm.
1. Mòn ngót cơ răng (lõm hình chêm):
* Ở vùng cổ răng, hay gặp ở cổ răng 3, 4, 5, hoặc ở mặt trong và mặt ngoài của những răng mang móc hàm giả tháo lắp.
* Bệnh nhân cũng ê buốt khi có kích thích và hết kích thích thì hết buốt
* Khám thấy lõm hình chêm ở cổ răng, đáy cứng và nhẵn trơn láng.
1. Sún răng ở trẻ em: Chỉ có ở hệ răng sữa và thường xảy ra ở trẻ trước tuổi đến trường, gặp trên các răng cửa, răng nanh hàm trên. Tổn thương lan theo chiều rộng, đáy cứng, không đau dù mất đến nửa thân răng.

VIII. Điều trị:

1. Sâu men:

Trước đây thường phá sạch các rãnh mặt nhai để trám dự phòng. Ngày nay nhờ những hiểu biết mới, men răng có khả năng tái khoáng hóa, nên sâu men không cần điều trị chỉ cần giữ gìn vệ sinh răng miệng và tăng cường sử dụng Fluor.

Tuy nhiên, đối với trẻ có nguy cơ sâu răng cao như vệ sinh răng miệng kém, thường xuyên ăn chất đường (bánh kẹo, sữa, nước ngọt...) thì cần phải trám dự phòng bằng composite, glass ionomer cement (GIC).

1. Sâu ngà và sâu chân răng:

Nguyên tắc: Làm sạch lỗ sâu và hàn kín nhăfm tái tạo lại răng tránh đau buốt

Tiến hành:

* Làm sạch lỗ sâu bằng cách dùng mũi khoan chậm hoặc nạo sạch ngà mềm và chất bẩn.

- Rửa sạch lỗ sâu và sát khuẩn.

* Hàn kín lỗ sâu bằng các vật liệu thích hợp: Amalgame, Composite, Glass Ionomer Cement,

Ngày nay với vật liệu hiện đại có thể trám răng mà không cần máỵ khoan răng, đươc gọi là kỹ thuật trám răng không sang chấn (A.R.T: Atraumatic Restorative Treatment), đây là một phương pháp trám răng với dụng cụ bàng tay và G.I.C

Kỹ thuật rât thích hợp với trẻ em cũng như những nơi không có máy móc bác sĩ chuyên khoa, điện..

XI. Tiến triển và biến chứng:

* Từ sâu ngà không điều trị, bệnh sâu răng sẽ tiến triển đến tủy gây viêm tủy cấp, sau đó tủy sẽ bị hoại tử dần đưa đến viêm tủy mãn rồi đến tủy chết thối
* Những chất hoại tử của tủy có thể thoát qua lỗ chóp chân răng gây nên những bệnh lý vùng quanh chóp, viêm tổ chức liên kết, viêm xương hàm..., hoặc tụ lại ở chân răng tạo nên u hạt, nang chân răng... Ngoài ra, vi khuẩn có thể gây những biến chứng ở xa như Viêm mô tế bào, Viêm xương tuỷ hàm, Viêm xoang hàmViêm nội tâm mạc (Osler)...
* Thông thường, biến chứng của sâu răng không nguy hiểm, nhưng diễn tiến của bệnh sẽ trải qua nhiêu đợt đau làm mất ăn, mất ngủ, ảnh hưởng đến sức khoẻ học tập và công việc.

X. Phòng bệnh:

* Sâu răng là một bệnh phổ biến, tỉ lệ mắc bệnh lại cao không chỉ ở số lượng 1 người mà cả số răng sâu trung bình ở một người. Trong khi đó trang bị và người chưa có đủ mà phí tổn điêu trị rất lớn, nên việc phòng bệnh cần được quan tâm. Tuy nhiên việc giữ gìn sức khỏe răng miệng đòi hỏi phải có sự hợp tác lâu dài và không ngừng giữa nha sĩ và bệnh nhân. Ngày nay việc dự phòng sâu răng không phải là khó, dựa vào nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh, chúng ta đã biết rằng để sâu răng xảy ra cần bốn ỵếu tố cơ bản phải hiện hữu đồng thời:

- Một lượng đủ lớn vi khuẩn sinh sâu răng.

- Một răng dễ bị sâu (men răng xấu, hố rãnh...).

- Đường, bột.

- Thời gian tồn tại của đường, mảng bám trên răng.

Sâu răng không xảy ra, hoặc được phòng ngừa hoặc được ngăn chặn khi một trong bốn yếu tố trên không còn.

1. Tuyên truyền giáo dục về sức khỏe răng miệng.
2. Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng ***chủ yếu là chải răng sạch sau ăn*** khi ăn và trước khi ngủ, chải đúng phương pháp.
3. Kiểm soát thực phẩm (giảm lượng carbohydrate, hạn chê ăn vặt...)
4. Tăng cường sử dụng Fluor dưới mọi hình thức:

+ Chải răng với kem đánh răng có Fluor

+ Súc miệng với NaF 0,2 % tuần / lần.

5. Trám bít hố ranh phòng sâu răng và điều trị sớm sâu ngà.

6. Khám răng định kỳ 6 tháng một lần để**phát hiện sớm các tổn thương.**

7. Lấy cao rang định kỳ 6 tháng một lân.

Bài 3: BỆNH LÝ TUỶ RĂNG

**Mục tiêu :**

1. Xác định nguyên nhân gây viêm tuỷ răng.

2. Chẩn đoán được viêm tuỷ có hồi phục, không hồi phục và tuỷ hoại tử .

3. Điều trị viêm tuỷ có hồi phục, không hồi phục và tuỷ hoại tử .

**I. Đại cương:**

- Viêm tủy là bệnh hay gặp do biến chứng của bệnh sâu răng

- Những đặc điểm của tuỷ răng::

+ Tuỷ răng là một khối tổ chức liền mạch máu nằm trong một cái hốc ở giữa răng gọi là hốc tuỷ răng. Hình của tuỷ răng nói chung tương tự như hình thể ngoài của răng, nó gồm có tuỷ buồng và tuỷ chân. Tuỷ buồng thông với tuỷ chân và thông với tổ chức liên kết quanh cuống bởi một lỗ cuống (apex).

+ Tuỷ răng nằm trong một buồng cứng (buồng tuỷ và ống tuỷ) và là mạch máu tận cùng khi vào răng qua một hay nhiều lỗ hẹp vùng cuống, cho nên khi rối loạn máu khó lưu thông, dinh dưỡng tuỷ răng bị ảnh hưởng.

+ Tủy răng là nhánh dây thấn kinh tách từ dây thần kinh số V. Dây thần kinh số V dễ bị ép ở trong buồng kín nên khi tuỷ bị viêm gây đau mặt khác dây V dễ tạo phản xạ. Nên khi đau ở răng dễ gây lan sang các nơi khác xung quanh.

II. Nguyên nhân

Nguyên nhân của viêm tuỷ gồm 3 nhóm: Nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý, hoá học. Mỗi loại lại được chia lam nguyên nhân toàn thân và tại chỗ

1. Nguyên nhân nhiễm khuẩn:

a. Nhiễm khuẩn tại chô:

- Sâu răng, vi khuẩn theo ống tome vào buông tuỷ

- Tiêu lõm hình chêm, rạn răng cũng có thể gây viêm tuỷ răng.

- Viêm quanh răng gây viêm tuỷ ngược dòng.

b. Nhiêm khuẩn toàn thân: *Hiếm gặp*

2. Nguyên nhân do yếu tố vật lý:

a. Toàn thân: Thay đổi áp suất hay độ cao đột ngột khi máy bay cât cánh, hạ cánh hay lặn xuống quá sâu có thể gây ra hiện tượng đau răng.

b. Tại chỗ:

+ Yếu tố cơ năng:

- Sang chấn mạnh cấp tính: Sang chấn mạnh có thể gây rạn, mẻ răng.

- Sang chấn mãn tính: Là những sang chấn nhẹ nhưng liên tục như: Sai lệch khớp cắn, thói quen cắn chỉ, hàn cao...

+ Yếu tố nhiệt độ:

Nhiệt độ tăng hay giảm nhanh có thể gây ra viêm tuỷ như: khi mài răng tốc độ cao không có nước hay sự toả nhiệt của chất hàn như xi măng hay nhựa tự cứng khi hàn răng

3. Nguyên nhân do yếu tố hoá học:

a. Toàn thân: Đái đường, gut, nhiễm độc chì, thuỷ ngân có thể gây hoại tử tuỷ.

b. Tại chỗ: Chất sát khuẩn mạnh như: Bạc nitrat,clorofoc, rượu.

***III. Phân* loại viêm *tuỷ răng***

1. Phân loại theo mức độ viêm:

- Viêm tuỷ có hồi phục (Tl)

- Viêm tuỷ không hồi phục (T2)

- Hoại tử tuỷ (T3)

2. Theo hình ảnh giải phẫu bệnh lý:

- Xung huyết tuỷ: tương đương với viêm tuỷ có hồi phục

- Viêm thanh dịch, viêm mủ, viêm loét, viêm tăng sản tương đương với viêm tuỷ không hồi phục.

IV. Lâm sàng:

1. Viêm tuỷ có hồi phục:

a. Triệu chứng:

- Đau tự nhiên, thoáng qua từ 3-5 phút, đau tăng khi có kích thích như nóng lạnh chua ngọt... hết kích thích đau còn kéo dài trong một vài phút

- Khám: Tùy theo nguyên nhân gây viêm tủy:

+ Nếu do sâu răng thì có lỗ sâu, có ngà mủn, chạm vào đau nhưng chưa có hở tuỷ.

+ Do rạn nứt răng thì thấy răng có vết nứt, vỡ răng...

 **b. Điều trị**

Mục đích là loại bỏ các kích thích tạo điều kiện cho lớp ngà bị ảnh hưởng vẫn có thể hồi phục được.

Phương pháp điều trị: Chụp tuỷ răng bằng Ca(OH)2 hoặc eugenat gồm:

* Chụp tuỷ trực tiếp: là chụp trên chỗ tuỷ bị hở do mài răng. Đặt chất chụp tuỷ rồi hàn tạm, sau 6 tháng chỗ tuỷ hở có thể kín lại do ngà thứ phát được tái tạo. Nếu kiểm tra thấy tuỷ đã kín và còn sống thì hàn vĩnh viễn có lót đáy.
* Chụp tuỷ răng gián tiếp: Sau khi lấy ngà mủn sát tủy thì chụp gián tiếp, sau 6 tháng kiểm tra nếu tuỷ đã kín và còn sống thì hàn vĩnh viễn có lót đáy.
* Chống chỉ định: Chụp răng ở người trên 50 tuổi, người đang có nhiễm trùng cấp tính hoặc mạn tính (đái đường, lao, bệnh ở tim, xương khớp)

2.Viêm tuỷ không hồi phục:

 **a. Triệu chứng:**

\* Cơ năng:

- Bệnh nhân đau tự nhiên, thành cơn, cảm thấy đau buốt răng dữ dội mỗi cơn kéo dài 10-15 phút hoặc lâu hơn. Cơn đau xuất hiện đột ngột, cũng mất đi đột ngột, Khoảng cách giữa các cơn ngắn, đau thường lan lên hàm trên, nửa đầu, nửa mặt cùng bên. Đau tăng về đêm, đặc biệt khi nằm đầu thấp.

- Có khi bệnh nhân không phân biệt được đau răng nào, hàm dưới hay hàm trên.

\* Thực thể

- Răng không đổi màu.

- Gõ ngang đau hơn gõ dọc

- Thử lạnh bệnh nhân rất buốt

Ngoài ra tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có thêm các triệu chứng sau:

- Do sâu răng: Lỗ sâu lớn, có thể thấy điểm hở tuỷ hay ánh hồng của tuỷ, chạm vào đau chói.

- Do rạn nứt răng thì thấy răng có vết nứt, vỡ răng...

- Do viêm quanh răng thì thấy răng lung lay, lợi co hở cổ, tiêu xương ổ răng..

* XQ: Chụp phim răng thấy lỗ sâu sát tủy hoặc vào đến tủy.

a. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định:

+ Cơ năng :

+ Thực thể:

+ XQ:

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Viêm tuỷ có hồi phục: Cơn đau ngắn, khoảng cách cơn đau xa, đau nhẹ và ít lan hơn, tồn thương thường nhỏ và không có điểm hở tuỷ.

Đau dây thần kinh V: Các cơn đau rất giống nhau, bao giờ cũng xuất phát tại một điểm trên mặt (khóe mép, rãnh, mũi, má) rồi lan theo dây thần kinh, đôi khi thấy giật ở mặt. Khám không có tổn thương răng.

* + Viêm quanh cuống cấp: Bệnh nhân sốt, nổi hạch tại chỗ, cơn đau tự nhiên liên tục cảm thấy răng chồi, lung lay, gõ dọc đau.

c. Điều trị: Lấy tuỷ, tạo hình và hàn kín ống tuỷ. \_

- Nếu bệnh nhân đang viêm tuỷ cấp thì phải đặt thuốc giảm đau tại chỗ như xylocain 5% hoặc boanin, khi hết đau mới điêu trị tiêp.

- Đối với răng một chân có thể gây tê lấy tuỷ sống sau đó hàn ống tuỷ luôn.

- Đối với răng nhiều chân, phải tiến hành đặt thuốc làm tuỷ chết rồi mới tiến hành lấy tuỷ, sát khuẩn ống tuỷ, hàn ống tuỷ, hàn vĩnh viên tạo hình răng.

3. Tuỷ hoại tử:

a. Triệu chứng:Không có biểu hiện về toàn thân và cơ năng.

- Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà, ánh qua lóp men răng

- Khám thấy răng sâu, nửt hoặc gãy

- Lợi xung quanh răng bình thường

- Gõ không đau

- Thử tuỷ (điện, nóng) âm tính.

b. Điều trị:

- Lấy tuỷ làm nhiều lần, tránh đẩy tuỷ xuống vùng cuống làm bội nhiễm cuống răng

* Sau khi lấy sạch tuỷ, làm sạch ống tuỷ, hàn và tạo hình răng.

**Bài 4**:BỆNH NHA CHU

Mục tiêu:

1. Trình bày được hình thái giải phẫu học và chức năng sinh lý tổ chức quanh răng.

2. Trình bày các yếu tố bệnh căn, bệnh sinh của bệnh nha chu.

3. Mô tả triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm lợi và viêm quanh răng

4. Trình bày được phương pháp điều trị và các bước dự phòng bệnh nha chu

**I. Đại cương:**

1. Định nghĩa: Bệnh nha chu là bệnh phá hủy những cơ cấu thành phần nâng đỡ răng như lợi, dây chằng nha chu, Xê măng gốc răng và xương ổ răng.

2. Dịch tễ **học:**

* Bệnh nha chu có liên quan với các bệnh khác ở miệng và toàn thân, cũng như sự liên quan với môi trường sống.
* Bệnh nha chu là kết qủa của một hay nhiều xáo trộn, mất cân bằng nào đó ở tại chỗ như: cao răng, răng mọc lệch, sâu răng, răng giả... hoặc toàn thân như bệnh suy dinh dưỡng, đái đường, yếu tố di truyền...
* Tổ chức nha chu có mối liên hệ với răng, với khớp thái dương hàm, bộ máy nhai và hệ thống miễn dịch của cơ thể.
* Bệnh nha chu là một bệnh lưu hành phổ biến, chiếm một tỷ lệ khá cao trong cộng đồng và gặp ở tất cả các lứa tuôi, các vùng địa lý từ thành phố đến nông thôn, từ đồng bằng đến miền núi.

II. Hình thái giải phẫu và sinh lý vùng quanh răng:

Vùng quanh răng bao gôm: Lợi, dây chăng quanh răng, xương răng và xương ổ răng.

1.Lợi: Là phần đặc biệt của niêm mạc miệng liên quan trực tiếp với răng, bám vào cổ răng. Lợi bao bọc quanh xương ổ răng và răng, ôm sát cô răng và trải dài từ cổ răng đến lằn tiếp hợp niêm mạc di động.

* Bình thường lợi có màu hồng nhạt, rắn chắc, bề mặt nướu có lấm tấm màu da cam.

Có thể chia lợi ra làm hai phần:

\* Lợi tự do: Là phần nướu viền bao quanh cổ răng như một chiếc nhẫn, không dính vào răng. Lợi tự do gồm nhú lợi và đường viền lợi.

* Nhú lợi: là lợi ở kẽ răng, che kín kẽ. Có một nhú ở phía ngoài, một nhú ở phía trong, giữa hai nhú là một vùng lõm.

Đường viền lợi: Không dính vào răng mà ôm sát vào cổ răng, chiều cao khoảng 0.5mm. Mặt trong của đường viền lợi là thành ngoài của rãnh lợi, có phủ một lớp biêu mô mong.

+ Hình thể của nhú lợi và đường viên lợi thường phụ thuộc vào hình thế của răng chân răng và xương ổ răng. Ngoài ra nó còn phụ thuộc vào sự liên quan giữa các răng và vị trí cùa các răng trên cung răng.

\* Lợi dính: Là phần lợi kế tiếp phần lợi tự do trải dài đến lằn tiếp họp lợi - niêm mạc di động. Bề rộng của lợi dính thay đổi từ 0,5 - 6mm. Ở vùng khẩu cái không có ranh giới giữa lợi dính và niêm mạc. Lợi dính không di động, không thay đổi dưới sức nhai, áp sát vào răng, bám chặt vào xê măng và xương ổ răng

Vùng lợi bám dính vào chân răng ở trên và mặt ngoài xương ổ răng ở dưới.Mặt ngoài lợi dính được phủ một lóp biểu mô sừng hoá.

Mặt trong lợi dính cũng gôm hai phần: phần bám vào chân răng khoảng 1.5mm và phân bám vào nặt ngoài xương ổ răng.

* Chiều cao vùng lợi dính thay đổi tưỳ người.

 Bề mặt vùng lợi dính bình thường không nhẵn như bề mặt lợi tự do mà lồi lõm theo kiểu da cam do những bó sợi bám vào tổ chức biểu mô của lợi dính.

* Lợi bình thường chắc, màu hồng nhạt. Tuy nhiên nó có thể thay đổi tuỳ người,

độ dày của lóp biểu mô, mức độ sừng hoá của lớp biểu mô và số lượng sắc tố ở niêm mạc lợi...

- Về mặt vi thể: lợi được cấu tạo bởi lớp biểu mô và dưới là tổ chức liên kết. Màu cùa lợi phụ thuộc vào mật độ mao mạch và các hạt sắc tố.

***2.*** Dây chằng quanh răng:

- Tổ chức vùng dây chằng quanh răng là một tổ chức liên kết có cấu trúc đặc biệt nối liền răng và xương ổ răng, có nguồn gốc trung mô, cấu trúc chính là những bó sợi keo với chức năng cơ học của răng lợi là khe quanh răng tạo nên những dây chằng và được sắp xếp tuỳ theo chức nãng của răng và vùng quanh răng.

- Chức năng là giữ răng trong xương ổ và duy trì mối quan hệ sinh lý giữa răng và xương ồ.

+ Cấu tạo: Gồm chủ yếu là sợi collagen và sợi oxytalan xếp thành các bó sợi chính.

Có 4 nhóm: Nhóm đỉnh xương ô, nhóm ngang, nhóm nghiêng, nhóm chóp cuông

ràng

- Các tế bào: tế bào sợi, tế bào nội mô, tế bào tạo xê măng, tạo cốt bào, đại thực bào, tế bào biểu mô malassez.

- Dây thần kinh, mạch máu và mạch bạch huyết.

+ Chức nàng: ,

- Chức năng vật lý: Dẫn truyền lực cẳn nhai đến XOR và nối răng với xương ổ, thích ứng được với những cử động sinh lý của răng, giữ gìn môi quan hệ giữa nướu và răng, làm vỏ bọc che chở cho các mạch máu và dây thần kinh khỏi bị chấn thương bởi lực cơ học.

- Chức năng dinh dưỡng và cảm giác: Nuôi dưỡng xê măng gốc răng, XOR và nướu, các dây thần kinh tạo ra cảm giác định vị và xúc giác.

- Chức năng cơ quan di truyền: Màng nha chu giữ vai trò là màng xương cho xê măng và xương ổ răng, những tế bào màng nha chu tham gia vào quá trình tiêu hủy xê măng và xương ổ răng

***3. Xương răng (Cement răng)***

+ Là tổ chức liên kết vôi hóa đặc biệt bao phủ lớp ngà chân răng. Xương răng hình thành trong quá trình hình thành chân răng, do sự tham gia của tế bào tạo xương răng, dày nhất ở vùng cuống răng và mỏng nhất ở vùng cổ răng

+ Chức năng: là chỗ bám cho các dây chằng nha chu nối răng vào xương ổ.

1. Xương ổ răng (XOR)
* Là phần của xương hàm, gồm một vách xương mỏng xôp bao cứng chung quanh chân răng là nơi để các dây chăng nha chu bám vào.
* Chức năng: Giữ cho răng được vững chắc, sự vững chắc này phụ thuộc vào chiều cao của xương ổ. Xương ổ tồn tại cùng với răng, nếu răng bị nhổ bỏ hoặc không có răng xương ổ răng sẽ bị tiêu.
* Xương ổ răng là một nguồn dự trữ canxi cho cơ thể do đó nó cũng tham gia vào sự cân bằng can xi trong máu, vì thế xương ổ răng cũng bị ảnh hưởng bời yếu tố toàn thân và nội tiết.
* Xương ổ răng là mô kém ổn định nhất so với các mô nha chu khác, chịu tác động của nhiều yếu tố trong đó yếu tố sang chấn là quan trọng. Tiêu xương ô răng là một dấu chứng đáng buồn trong bệnh nha chu và thường là do nguyên nhân tại chỗ (như viêm nướu, chấn thương khớp cắn).

**III.** Phân loại bệnh quanh răng:

* Hiện nay người ta phân loại dựa theo yếu tố bệnh căn, và quá trình bệnh lý bao gồm:
* Viêm lợi
* Viêm quanh răng
* Hư quanh răng là hiện tượng thoái hoá các tổ chức quanh răng mà không có viêm tiên phát.
* Teo vùng quanh răng là tiêu các tổ chức quanh răng do hậu quả mất tế bào và Các sản phâm của nó.

IV. Bệnh căn:

* Bệnh nha chu gồm 2 nguyên nhân: tại chỗ và tổng quát

1. Nguyên nhân tại chỗ:

a. vi khuẩn: vi khuẩn nằm trong mảng bám răng do vậy mọi sự tích tụ mảng bám vi khuẩn ở chung quanh răng và nhất là ở khe nướu chính là yếu tố khởi phát và kéo dài phản ứng viêm.

- Cao răng: được thành lập do sự vôi hóa mảng bám răng và nó cũng là chỗ dính lý tưởng cho các lớp mảng bám kế tiếp bám vào. Cao răng có thể là trên lợi hoặc dưới lợi hoặc cả trên và dưới lợi,

- Nhồi nhét thức ăn: Do hở khoảng tiếp cận giữa hai răng (xoang trám loại II sai hay phục hình sai hoặc do răng mọc lệch, nhổ răng không làm răng giả). Tạo sự lưu giữ các mảng bám vi khuẩn.

- Có sự liên quan và ảnh hưởng bất thường của răng kế cận và răng đối diện (răng thiếu chức năng hoặc có những điểm vướng cộm ở mặt nhai hay cạnh căn)

- Thường xuyên sử dụng đường và các sản phẩm chế biến từ đường mà không giữ vệ sinh răng miệng đúng mức.

b. Sang *chấn* do khớp cắn:

* Sang chấn sinh ra do khớp cắn bị lệch lạc, bị xáo trộn như: răng mọc lệch, hàn răng và phục hình răng sai, nhô răng không làm răng giả...Sang chấn khớp cắn dẫn đến tiêu xương ổ răng.
* Ngoài hai nguyên nhân kể trên còn có một số nguyên nhân tại chỗ khác khác như: Thở miệng, kích thích từ hàm răng giả tháo lắp, lưỡi lớn, thắng môi và má bám thấp,... Nhưng nói chung nguyên nhân trực tiếp chủ yếu vẫn là do tình trạng vệ sinh răng miệng kém gây tích tụ mảng bám vi khuẩn.

2. Nguyên nhân toàn thân:

1. Rối loạn nội tiết: Bệnh tiểu đường, bệnh thiểu năng tuyến thượng thận, phụ nữ mang thai, tuổi dậy thì, rối loạn cân bằng chuyển hóa.
2. Những bệnh nhiễm khuân: Viêm miệng và nướu do liên cầu, zona, giang mai giai đoạn hai, viêm miệng herpes.
3. Suy dinh dưỡng, tình trạng thiếu vitaminc trầm trọng.

d. Yếu tố miên dịch:Yếu tố nguy cơ: Khi nghiên cứu về vấn đề dịch tễ học của bệnh nha chu, người ta không thê bỏ qua yếu tố nguy cơ của bệnh như: tuổi, giới tính, chủng tộc, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, xã hội, địa dư, chế độ ăn uống, dinh dưỡng được xem là có liên quan đến mức độ trầm trọng của bệnh.

e. Tuổi: Tăng về tỷ lệ và mức độ trầm trọng theo tuổi. Sự gia tăng này có thể là hậu quả của nhiều lân viêm hoặc là sự tăng dần về mức độ phá huỷ do vệ sinh răng miệng kém hay do sự thay đổi trong đáp ứng của cơ thể.

*f.* Chê độ ăn uông và dinh dưỡng:

Chế độ dinh dưỡng kém dẫn đến tốc độ phát triển và mức độ trầm trọng của bệnh viêm nha chu.

1. Sinh bệnh học của bệnh nha chu
* Bệnh nha chu là một bệnh nhiễm khuẩn ở mô nha chu, bệnh xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa một bên là vi khuẩn tập trung với số lượng lớn và một bên là những cơ chế bảo vệ có ở mô nha chu.
* Sang chấn với những lực bất thường tác động trên răng cũng là nguyên nhân tại chỗ quan trọng. Sang chấn không gây ra viêm nhưng gây ra tiêu XOR và biến viêm nướu thành viêm nha chu
* Ngoài ra những cơ chế bảo vệ tại chỗ cũng bị chi phối rất nhiều bởi yếu tố tổng quát cụ thể là các bệnh tổng quát như tiểu đường. Nguyên nhân tổng quát thúc đẩy quá trình phát triển của bệnh từ viêm nướu nhẹ thành viêm nướu nặng hoặc từ viêm nướu thành viêm nha chu phá hủy.

V. Các thể lâm sàng:

1.Viêm lợi:Là một bệnh nha chu có sang thương khu trú ở lợi, các thành phần khác của mô nha chu không bị ảnh hưởng. Bệnh có thể khỏi nếu được điều trị đúng và kịp thời.

a. Triệu chứng lâm sàng:

- Cảm giác ngứa ở lợi.

- Đau nhức lợi trong viêm cấp tính.

- Chảy máu lợi: Khi thăm khám hoặc đánh răng nếu viêm nặng hơn có chảy máu tự nhiên.

- Màu sắc: Lợi có màu đỏ đậm hoặc xanh xám.

* Vị trí, hình dạng và độ săn chắc của nướu: Viêm nhẹ chỉ lợi viền và nhú lợi sưng. Viêm nặng cả phần lợi dính cũng bị ảnh hưởng, viền lợi trở nên tròn bóng, các nhú lợi căng phồng, lợi bở không còn săn chắc.
* Độ sâu của túi lợi: Có sự gia tăng độ sâu của túi lợi do lợi bị phù nề và sưng tạo thành túi lợi (túi nha chu giả).
* Tăng tiết dịch lợi và dịch viêm, miệng hôi

b. Chẩn đoán và chân đoán phân biệt

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng.

*c. Tiến triển của viêm* lợi

- Nếu bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt và chữa trị kịp thời, lợi sẽ hết viêm và trở lại bình thường.

- Nếu không điều trị triệt để bệnh dễ tái phát và bị viêm mãn tính, có không ít trường hợp tiến triển thành viêm quanh răng.

2. Viêm quanh răng:

a. Đặc điểm của bệnh:

- Là bệnh của toàn thể những mô nha chu gồm có lợi, dây chăng nha chu, XOR, Xê măng chân răng. Đặc trưng của bệnh là sự mất bám dính từ ít đến nhiều và có thể phát hiện một cách dễ dàng trên lâm sàng và phim X-quang.

- Là một bệnh mãn tính thường xảy ra ở những người lớn trên 35 tuổi, không phân biệt giới tính.

- Bệnh diễn tiến theo chu kỳ và bệnh không thê trở lại như ban dâu.

a. Triệu chứng lâm sàng:

- Viêm quanh răng có tất cả các triệu chứng của viêm lợi như: Lợi sưng đỏ, chảy máu và rỉ dịch.

- Răng lung lay và di chuyển.

- Có sự hình thành túi lợi bệnh lý.

- Lợi co hở cổ và chân răng.

- X-quang: Có hình ảnh tiêu xương ổ răng ở đỉnh hay mào xương.

Bệnh có thể chia thành 2 thời kỳ:

+ Thời kỳ đầu:

- Bênh âm ỉ, kéo dài, bệnh nhân thấy viêm và ngứa ở lợi, chảy máu khi chải răng thỉnh thoảng thấy răng lung lay, răng cửa trên có thể thưa dần và đẩy ra trươc miệng hôi, thường bệnh nhân tự điều trị

- Khám thấy viêm quanh răng ở một vùng hay cả hàm, có khi ở cả hai hàm, lợi viêm mạn tính, túi lợi sâu >l,5mm, răng lung lay nhẹ.

- XQ thấy có dấu hiệu tiêu mào xương ổ răng

- Trong thời kỳ này, nếu vệ sinh răng miệng tốt và điều trị tại chỗ thì hiệu quả rất tốt.

+ Thời kỳ nặng:

- Thường gặp ở người trên 45 tuổi, các triệu chứng ồ ạt và nặng hơn thời kỳ đầu đặc biệt là hôi miệng nhiều, ấn lợi vùng răng bị bệnh có mủ chảy ra, răng lung lay và di chuyển nhiều

- Khám thây lợi viêm mạn tính: túi quanh răng >4-5mm, răng lung lay, lợi co hở cổ và chân răng, răng lệch lạc, tiêu xương ổ răng hỗn hợp: tiêu ngang và tiêu chéo.

\* Cận lâm sàng:

X-quang chụp phim răng trong miệng và toàn cảnh đánh giá mức độ tiêu xương ổ răng và phân loại tiêu xương. Nếu có bệnh toàn thân cần làm thêm xét nghiệm chuyên khoa như xét nghiệm máu, sinh hoá, nước tiểu.

c. Các thể lâm sàng viêm quanh răng:

- Viêm quanh răng cấp tính ở người trẻ: gặp ở tuổi thiếu niên và thanh thường viêm phá huỷ vùng răng sô 6 và vùng răng cửa giữa trên rất nhanh, răng lung lay và mất chức năng ăn nhai, có thể lan toả cả hàm hoặc hai hàm bệnh tiến triển nhanh, tiêu xưong nhanh, trong vòng 2-5 năm răng sẽ rụng toàn bộ

- Viêm quanh răng tiến triển nhanh: gặp ờ tuổi trưởng thành tò 18-30 tuổi. Viêm có thể khu trú hoặc toàn hàm, có tiêu xương ngang và sâu, tiến triển nhanh.

- Viêm quanh răng mạn tính: gặp ở tuổi trung niên, tiến triển chậm từng đợt, thời gian dài. Nếu điều trị kịp thời thì còn giữ răng lâu dài.

4. Viêm lợi loét hoại tử, viêm quanh răng: Lợi viêm tấy đỏ, bờ lợi và nhú lợi có màu đỏ thẫm, thể này nặng, cần được điều trị tích cực.

V.Tiến triển và biến chứng:

1. Tiến triển:

- Nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến tình trạng mất răng hàng loạt

- Nếu được điều trị kịp thời, bệnh sẽ đỡ và hồi phục dân chức năng ăn nhai.

- Tuy nhiên, với những người có kèm theo bệnh toàn thân, đặc biệt là đái tháo đường thì tiên lượng xấu, khó giữ răng được lâu.

***2.*** Biến chứng:

* Áp xe quanh răng: Răng lung lay, có ổ apxe ở cạnh răng
* Viêm cuống răng: Vi khuẩn theo vùng dây chằng xuống vùng cuống răng gây viêm cuống răng.
* Viêm tủy ngược dòng: viêm quanh răng gây viêm cuống răng từ đây vi khuẩn đi qua lỗ Apex lên tủy răng và gây viêm tủy răng.
* Viêm mô tế bào: Sưng tay vùng tưong đương răng bị viêm quanh răng, Bệnh nhân có thể sốt mệt mỏi....
* Viêm xương hàm
* Viêm xoang hàm: Bệnh nhân bị chảy nước mũi, có thể chảy mủ, đau vùng xoang hàm nhưng chỉ bị một bên xoang tương ứng với răng bị đau

VIII. Chẩn đoán:

* Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
* Chẩn đoán phân biệt: Viêm lợi, Viêm quanh cuống răng.

**IX. Điều trị**

1. Điều trị viêm lợi:

* Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật: dùng bàn chải mềm đặt vào cổ răng chếch phía chân răng một góc 45 độ chải miết xuống phía mặt thân răng và day day vào các kẽ răng chải đều tịnh tiến từ sau ra trước chải các mặt trong, ngoài, mặt nhai, trong 2-3 phút.
* Điều trị các sang thương cấp tính
* Lấy cao răng trên và dưới nướu, bơm rửa lợi và chấm thuốc làm săn se lợi.
* - Loại bỏ các vị trí gây tích lũy tập trung mảng bám răng: Sửa chữa những yếu tố tại chỗ gây bất thường cho mô nha chu (miếng trám dư ,phục hình sai..).
* Chỉnh sửa khớp cắn nếu nguyên nhân do sang chấn khớp cắn.
* - Xử lý bề mặt gốc răng hay cạo láng gốc răng
* Điều trị các răng sâu
* Nhổ những răng mất chức năng không còn hy vọng điều trị bảo tồn

**2**. Điều tri Viêm quanh răng***,***

* Muc đích cua việc điều trị là chặn đứng sự phát triển của bệnh.
* Kế hoạch cụ thể: bao gồm điều trị viêm lợi và phối hợp điêu trị nha chu:
* Cố định các răng lung lay và di chuyển.
* Mài điều chỉnh khớp căn
* Phẫu thuật nha chu.
* Phục hình các răng mất bằng hàm giả.
* Hẹn tái khám để điều trị duy trì (3 - 4 tháng một lần)

X. Các biện pháp dự phòng

* Để răng và lợi luôn khoẻ mạnh, đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cần hiểu và biết cách dự phòng.
* \* Trong thời kỳ thai nghén, người mẹ cần ăn uống đủ chất để thai nhi phát triển tốt
* Trẻ sơ sinh cần phải ăn uống đầy đủ bằng sữa mẹ, có đủ canxi giúp cho mầm răng phát triển thuận lợi
* Phòng cho trẻ các bệnh đường mũi họng tránh ảnh hưởng đến cung răng.
* Trẻ học cấp I, II cần được hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng, được chữa sâu răng và nắn chỉnh răng lệch lạc.
* Tuối dậy thì và thanh niên: có sự thay đổi nội tiết và phát triển đột biến về thể chất nên rất dễ dẫn đến tình trạng viêm lợi. Do đó cần giữ vệ sinh răng miệng cẩn thận, điều trị viêm quanh răng lợi nếu có, nắn chỉnh răng mọc bất thường. Cần khám răng lợi định kỳ 6 tháng/lần
* Tuổi trưởng thành: duy trì chăm sóc răng miệng đều đặn thường xuyên tại nhà. Khám răng miệng định kỳ, chữa sâu răng, viêm lợi và viêm quanh răng kịp thời; Chỉnh sửa sang chân khớp căn. Những răng bị nhổ do viêm quanh răng cần phục hồi bằng hàm giả đê ăn nhai và giữ chăc các răng còn lại trên hàm. Giữ vệ sinh răng miệng tôt, xoa nắn hàng ngày. Dùng bàn chài mêm và chỉ tơ nha khoa đề vệ sinh răng miệng.

Bài 5: VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

**MỤC TIÊU :**

1. Xác định nguyên nhân gây Viêm quanh cuống răng.

2. Chẩn đoán viêm quanh cuống cấp, bán cấp và mạn tính.

3. Điều trị viêm quanh cuống.

**I. Đại cương:**

Viêm quanh cuống răng là tình trạng viêm xảy ra ở tổ chức vùng cuống răng hay gặp do biến chứng của viêm tủy răng.

**II. Nguyên nhân**

***1. Do nhiễm khuẩn:*** rất hay gặp

- Do viêm tủy gây biến chứng viêm quanh cuống.

- Do viêm quanh răng vi khuẩn từ tổ chức quanh răng lan vào vùng cuống.

***2. Do sang chấn:***

- Sang chấn mạnh thường gây viêm quanh cuống cấp tính.

- Sang chấn nhẹ, liên tục (sang chấn khớp cắn, hàn bị cao...) thương gây viêm quanh cuống mạn.

***3. Do điều trị răng:***

- Sai lầm trong điều trị tủy làm vi khuẩn đi quá xuống cuống răng.

- Lấy tuỷ hoại tử và đẩy tủy hoại tử ra vùng cuống gây bội nhiễm.

- Do dùng thuốc sát khuẩn có tính chất kích thích mạnh vùng cuống...

**III. Các thế bệnh viêm quanh cuống.**

Viêm quanh cuống có thể là mạn tính, cấp tính. Từ cấp tính có thể chuyển sang mạn tính, hoặc mạn tính tái phát cấp tính.

***1. Viêm quanh cuống cấp tính.***

*a. Toàn thân.* Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao, có thể có hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.

*b. Cơ năng:* Đau tự nhiên, đau liên tục, dữ dội, có cảm giác răng chồi cao và lung lay.

*c. Khám :*

- Nhìn răng có thể đổi màu.

- Tùy nguyên nhân: Có thể có lỗ sâu (nếu do sâu răng). Có thể răng bị viêm quanh răng...

- Lợi tương ứng răng đỏ, sưng nề ấn đau, mô lỏng lẻo ở xung quanh cũng bị sưng nề.

- Gõ răng đau chói, gõ dọc đau hơn gõ ngang.

- Răng lung lay.

*d. X quang:*Có vùng sáng quanh cuống răng, có khi lan cả sang vùng cuống răng bên, giới hạn không rõ rệt, vùng dây chằng dãn rộng.

*e. Tiến triển:* Sau khi viêm khoảng 6 ngày, có tụ mủ ở vùng quanh cuống răng và mủ thoát ra:

+ Theo đường ống tuỷ.

+ Theo đường dây chằng.

+ Hoặc qua xương ổ răng làm áp xe ở lợi hay ở mô lỏng lẻo.

*f. Biến chứng:*

- Áp xe quanh răng.

- Viêm xương tủy hàm

- Biến chứng ở xa: nhiễm khuẩn ở vùng cuống răng có thể gây bệnh ở các cơ quan khác: tim, khớp.

*g. Chẩn đoán:*

+ Chẩn đoán xác định dựa vào hỏi bệnh, khám răng và vùng quanh răng, hạch, dấu hiệu toàn thân, phim X quang.

+ Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tủy răng: Viêm tủy có cơn đau tự nhiên nhưng giữa các cơn đau thì hết hẳn, gõ dọc răng trong viêm tủy cấp có đau nhưng đau ít hơn gõ ngang.

- Viêm quanh răng: Răng lung lay, chồi cao nhưng không ở nhiều răng.

***2. Viêm quanh cuống mạn tính.***

a. Cơ năng: Không đau, không sốt, không có hạch.

b. Khám:

- Nhìn răng đổi màu xám đục, có thể có lỗ sâu (nếu do sâu răng), thăm khám không thấy đau, do viêm quanh răng thì có dấu hiệu của viêm quanh răng

- Gõ dọc, ngang răng không đau hoặc đau ít.

- Có lỗ dò ở lợi tương ứng vùng cuống răng, có thể lợi hơi phồng lên và có lỗ dò ở giữa.

- Thử nghiệm tủy (lạnh, điện) âm tính.

c. X quang: có hình ảnh u hạt hoặc nang chân răng.

*\* u hạt:* u hạt là một phản ứng tăng sản ở vùng quanh cuống, biểu hiện một tổn thương do kích thích nhẹ. U hạt có thể do nhiễm khuẩn từ tủy răng hoặc từ túi lợi tới, cũng có thể do thuốc điều trị răng làm hoại tử vùng quanh cuống. U hạt bám vào cuống răng, có khi ở bên chân răng hoặc ở rãnh giữa hai chân răng, khi có ống tủy phụ ở đó. Xương ổ răng bị đẩy lùi, có khi xương ổ răng bị nhiễm khuẩn. Xương chân răng có thê bị tiêu, có thể bình thường hoặc tăng sản.

*\* Nang chân răng:*

Nang chân răng cũng do viêm mạn tính ở vùng cuống răng mà có. Nang bám vào cuống răng, màng nang có 3 lóp, đáng chú ý nhất là lớp trong cùng có tế bào biểu bifdo, các tế bào malassez còn sót lại mà ra. Dịch trong nang màu vàng nhạt có các mảnh Cholesterin vàng óng ánh. Nang lớn lên do sức ép của dịch trong nang. Trên phim X quang, khi còn nhỏ không phân biệt được u hạt và nang. Khi nang đã lớn người ta thấy trên phim một vùng bầu dục ở giữa nang, dìa đều và tối do tăng chất vô cơ ở xung quanh.

**IV. Điều trị viêm quanh cuống răng.**

• Mục đích là sát khuẩn ống tủy và hàn kín lại tạo cho tổ chức vùng cuống răng phục hồi bình thường.

• Khi viêm cấp thì dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau. Tùy từng trường hợp nếu phục hồi được thì chữa tủy. Những răng vỡ to, ống tủy không thông, hoặc những răng có thể gây biến chứng thì không phục hồi được phải nhổ bỏ.

• Điều trị tủy gồm các bước:

- Mở rộng tháo trống tủy.

- Sát khuẩn ống tủy.

- Hàn ống tủy.

- Và cuối cùng tạo hình lại thân răng.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Viêm quanh cuống răng là tình trạng viêm xảy ra ở:

A. Vùng chân răng

B. Vùng tủy răng

C. Vùng cuống răng

D. Vùng quanh răng.

2. Nguyên nhân gây viêm quanh cuống răng hay gặp là:

A. Biến chứng viêm quanh răng

B. Biến chứng viêm tủy răng

C. Biến chứng viêm quanh thân răng

D. Biến chứng sâu răng

3. Trong viêm quanh cuống mãn tính:

A. Có triệu chứng toàn thân

B. Không có triệu chứng toàn thân

C. Đau răng liên tục

D. Đau răng thành cơn

4. Trong viêm quanh cuống răng cấp tính:

A. Gõ răng không đau

B. Gõ ngang đau hơn gõ dọc

C. Gõ dọc đau hơn gõ ngang

5. Trong viêm quanh cuống răng mãn tính:

A. Gõ răng đau

B. Gõ răng không đau

C. Gõ ngang đau hơn gõ dọc

D. Gõ dọc đau hơn gõ ngang

Bài 6: VIÊM NHIỄM MIỆNG HÀM MẶT

**MỤC TIÊU**

1. Nêu được nguyên nhân, các giai đoạn lâm sàng và biến chứng của viêm mô tế bào ở vùng hàm mặt.

2. Trình bày được xử trí ban đầu và nguyên tắc điểu trị các trường hợp viêm mô tế bào thông thường

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm nhiễm vùng hàm mặt là bệnh thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong đó hay gặp hơn cả là viêm nhiễm không đặc hiệu. Bệnh xuất hiện và tiến triển theo mùa, mùa mưa, nóng ẩm (xuân - hạ) gặp nhiều hơn mùa hanh khô (thu - đông).

- Vùng hàm mặt có hệ thống mạch máu, thần kinh nuôi dưỡng phong phú, khi bị viêm nhiễm tại chỗ có phản ứng sưng nề nhanh, nhưng cũng là điều kiện thuận lợi để cơ thể chống sự lan tràn của nhiễm trùng.

- Vùng hàm mặt được nuôi dưỡng chủ yếu bởi động mạch cảnh ngoài nhưng lại có vòng nối với động mạch cảnh trong qua động mạch gốc mắt trong, vì vậy nhiễm trùng vùng hàm mặt dễ lan tràn lên nền sọ gây viêm não, màng não. Đây là biến chứng nặng và rất nguy hiểm, có thể để lại những di chứng rất nặng nề về thần kinh.

- Nhiễm trùng vùng hàm mặt có thể gây ra những biến chứng rất nặng nếu không được dự phòng và điều trị tích cực và có hiệu quả như:

+ Viêm tấy lan tỏa rộng, tràn mủ xuống thấp, ra sau gây ngạt thở và nhiễm trùng trung thất.

+ Nhiễm trùng huyết.

Trong những năm gần đây, viêm nhiễm trùng vùng hàm mặt có xu hướng giảm cả về số lượng và mức độ nặng của bệnh do được dự phòng tốt và điều trị sớm và tích cực của các tuyến. Cùng với đó là sự ra đời nhiều loại kháng sinh mới có tác dụng rộng và chống nhiễm trùng mạnh.

**II. PHÂN LOẠI**

**1. Viêm nhiễm đặc hiệu**

Là loại bệnh lý không phải do các loại vi khuẩn thông thường gây nên, mà do các loại mầm bệnh sau:

- Do nấm: hay gặp là nấm Actinomyces, candida và xạ khuẩn.

- Do vi khuẩn lao: ít gặp ở vùng mặt, có thể gặp lao ở lưỡi. Lao hạch vùng cổ,

dưới hàm hay gặp hơn.

- Do vi khuẩn giang mai: đây là bệnh hoa liễu gặp ở niêm mạc miệng của bệnh nhân giang mai. Các nốt loét niêm mạc miệng có thể xét nghiệm thấy trực khuẩn giang mai.

**2. Viêm nhiễm không đặc hiệu**

Là do các loại vi khuẩn thông thường, là những loại vi khuẩn có thể gặp ở bất kỳ vết thương nào trên cơ thể như: Tụ cầu khuẩn vàng và trắng, liên cầu khuẩn tán huyết anpha, beta và cả không tan huyết, liên cầu khuẩn gram âm,trực khuẩn perfringens, clostridium oedematiens, thoi xoắn khuẩn, não mô cầu. Đường vào của vi khuẩn gồm có:

- Qua da: những vết xây sát da do chấn thương, vết thương, nhiễm trùng qua nang chân lông, tuyến bã.

- Từ những ổ nhiễm trùng liên quan đến răng và vùng quanh răng

- Qua đường máu: gặp ở những nhiễm trùng sâu trong các cơ quan tổ chức.

**III. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT**

**1. Viêm nhiễm không đặc hiệu vùng hàm mặt**

**1.1. Viêm nhiễm phần mềm vùng hàm mặt.**

***1.1.1. Nguyên nhân.***

Có thể chia ra hai loại nguyên nhân chính:

***a. Nguyên nhân do răng:*** thường gặp nhất.

- Nhiễm trùng vùng góc hàm dưới do biến chứng mọc răng số 8 (răng khôn).

- Các ổ áp xe trong bệnh viêm quanh răng lan tràn vào tổ chức phần mềm vùng quanh xương hàm.

- Viêm tủy, viêm quanh cuống (chóp chân răng).

***b. Nguyên nhân không do răng.***

- Do chấn thương, vết thương phần mềm.

- Do nhiễm trung nang lông, tuyến bã.

- Do viêm hạch bạch huyết áp xe hóa.

- Do bội nhiễm các nang vùng dưới hàm: nang giáp móng, nang khe mang.

- Do viêm, áp xe hóa tuyến nước bọt, viêm mủ khớp thái dương hàm lan tràn ra tổ chức phần mềm xung quanh.

- Do viêm tai xương chũm xuất ngoại, viêm mủ amidal vỡ vào thành họng bên.

***1.1.2. Bệnh cảnh lâm sàng chung.***

***1.1.2.1. Thể cấp tính***

***a. Triệu chứng toàn thân.***

- Sốt: tùy theo mức độ viêm nhiễm, tùy sức đề kháng và phản ứng của cơ thể mà nhiệt độ từ 38-39°C, có khi lên đến 40°c. Nếu sốt có kèm theo rét run cần đề phòng nhiễm trùng huyết, đặc biệt kèm theo mạch nhanh, rối loạn nhịp tim.

- Thể trạng mệt mỏi đôi khi thần kinh ở trạng thái li bì, biểu hiện của nhiễm trùng nhiễm độc. Nếu có viêm não, màng não, có dấu hiệu màng não (+), rối

loạn ý thức không thường xuyên, dần dần đi vào hôn mê. Độ hôn mê được tính bằng thang điểm Glasgow.

- Rối loạn chức năng ăn nhai, nuốt, chủ yếu do đau, có thể do sưng nề chèn đẩy các cơ quan trong miệng.

- Rối loạn hô hấp: khó thở ở mức độ khác nhau gặp trong các trường hợp viêm tấy lan tỏa sàn miệng, viêm áp xe hóa thành họng bên và amidal. Đặc biệt những viêm tấy lan tỏa vùng dưới hàm xuống hai bên máng cảnh, tràn dịch - mủ vào trung thất gây khó thở kịch phát.

- Rối loạn về nhìn: thị lực giảm, có hiện tượng nhìn đôi trong các trường hợp viêm áp xe trong hốc mắt gây chèn đẩy nhãn cầu.

- Xét nghiệm máu: số lượng HC và HST giảm ở giai đoạn nặng, số lượng BC tăng, CTBC chuyển trái mạnh, tăng BC đa nhân trung tính. Tốc độ máu lắng (VSS) có thể tăng nhẹ. Chức năng thận, gan bình thường hoặc suy nang tính chất cơ năng, cấy máu có thể (+) nếu có nhiễm trùng huyết. Nếu nghi ngờ có nhiễm trùng huyết, cần cấy máu 3 lần vào các thời điểm sốt cao rét run.

***b. Triệu chứng tại chỗ.***

- Mặt sưng nề một phần hoặc toàn bộ, gây biến dạng, mắt khó mở khó nhắm. Da trên vùng viêm nhiễm căng bóng, đỏ hồng, đôi khi hơi tím nhạt hoặc trắng đục.

- Tăng cảm ngoài da có tính lan tỏa, nhưng có những điểm đau khu trú ở một vị trí cố định, đau hơn so với xung quanh, đau tăng khi ấn vào đúng vị trí là trung tâm viêm nhiễm ban đầu. Khi đã hình thành rõ các ổ mủ khu trú, các ổ áp xe thì mức độ đau tại chỗ sẽ giảm dần.

- Sờ nắn: có điểm đau, da ấn có vết lõm, vị trí có ổ mủ thường mềm hơn xung quanh, ấn lõm dễ hơn.

- Khám trong miệng: hạn chế há miệng, hạn chế vận động lưỡi, lười bị đẩy lên cao, ra sau hoặc lệch sang một bên. Thành họng bên, nhất là trụ trước amidal có ổ mủ đẩy gốc lưỡi thành họng che lấp một phần đường thở. Hệ thống răng lợi có các dạng bệnh lý là nguyên nhân gây viêm nhiễm như: răng số 8 mọc lệch, có lợi chùm góc hàm, răng sâu và viêm tủy răng, viêm quanh răng nặng có kèm theo các ổ áp xe ở bờ lợi.

Triệu chứng lâm sàng khác nhau tùy theo mức độ nặng nhẹ, vị trí, phản ứng của từng bệnh nhân

***c. Viêm mô tế bào hoại thư:***

Còn được gọi là viêm tấy lan tỏa với đặc điểm tổ chức viêm lan tỏa. không có giới hạn giữa tổ chức lành và tổ chức hoại tử.

• Lâm sàng:

-Toàn thân: rất nặng: nhiễm trùng, nhiễm độc, thể trạng suy nhược, sốt cao, vật vã.

-Tại chỗ: Sưng nề, kèm dấu hiệu lép bép hơi, chọc có dịch máu lẫn mủ màu nâu, thối.

***1.1.2.2. Thể mạn tính***

Nguyên nhân thường là do tác động yếu của vi khuẩn hoặc điều trị không đúng cách, dùng kháng sinh không hợp lý.

Ổ mủ nhỏ, xung quanh là tổ chức hạt, được bao bọc ngoài cùng là lớp vỏ xơ keo với đặc điểm:

- Nổi hòn trên da, mật độ chắc, da phủ trên bề mặt nhăn, màu sắc bình thường hoặc thâm tím, sờ không đau, dính vào da hoặc chỉ thấy một dải cứng nổi lên chạy dài từ ổ viêm đến răng nguyên nhân.

- Có thể thấy lỗ dò ra ngoài da, niêm mạc hay ngách lợi ở răng nguyên nhân thường xuyên chảy nước vàng hoặc mủ trắng, không hôi.

***1.1.2.3. Tiến triến và biến chứng của viêm nhiễm vùng hàm mặt.***

- Nếu được điều trị tích cực, đúng phương pháp: Ồ viêm khu trú rồi mất đi, hoặc tạo thành ổ mủ có vỏ bao bọc ngăn chặn sự lan tràn ra xung quanh hay tới các cơ quan khác, sau khi trích dẫn lưu ổ viêm sẽ hồi phục và khỏi bệnh

- Nếu điều trị, hoặc xử trí không tích cực: ổ viêm nhiễm sẽ phát triển lan tràn ra xung quanh, hình thành nhiều ổ mủ.

- Những biến chứng thường gặp:

+ Nhiễm trùng huyết: hay gặp. Bệnh nhân sốt cao, rét run liên tục, toàn thân biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc nặng, người mệt mỏi li bì, đau đầu... Toàn thân và tại chỗ tiến triển ngày càng nặng có thể dẫn đến tử vong.

+ Viêm não - màng não: đau đầu tăng, nôn nhiều, dấu hiệu màng não (+), chọc dịch não tủy có mủ. Đây là biến chứng rất nặng nề và để lại di chứng về thần kinh tâm thần rất nặng.

+ Viêm đa cơ: khi toàn thân mất sức đề kháng, vi khuẩn khu trú ở các cơ lớn (như cơ mông to, cơ lưng, cơ tứ đầu đùi...) gây ra các ổ viêm, áp xe ở cơ, sau lan tràn ra xung quanh gây các ổ hoại tử lớn, tiên lượng rất nặng.

+ Tràn dịch, tràn mủ vào trung thất do sự lan tràn xuống thấp của các ổ mủ vùng sàn miệng, dưới hàm. Viêm, nhiễm trùng trung thất cũng là biến chứng rất nặng dễ gây tử vong.

***1.1.3. Một số thể lâm sàng thường gặp:***

*1.1.3.1. Viêm mô tế bào khu trú nông:*

a. Áp xe quanh cuống

b. Áp xe quanh thân răng

c. Áp xe tổ chức quanh răng

d. Áp xe má

e. Áp xe môi trên và môi dưới- cằm

f. Áp xe tiền đình

g. Áp xe vòm miệng

f. Áp xe sàn miệng

h. Áp xe hố mắt

*1.1.3.2. Viêm mô tế bào khu trú sâu:*

a. Áp xe vùng cơ cắn

b. Áp xe vùng mang tai

**1.2. Viêm xương tủy vùng hàm mặt.**

***1.2.1. Nguyên nhân:*** 2 nhóm nguyên nhân chính:

***a. Nguyên nhân do răng:***

- Bệnh lý ở răng, vùng quanh răng, cuống răng lan tràn vào xương.

- Viêm tổ chức liên kết góc hàm do răng 38 - 48 xử trí nhổ răng không đúng thời điểm, gây tổn thương xương dẫn đến viêm xương.

b. Nguyên nhân không do răng:

- Chấn thương vết thương xương vùng hàm mặt.

- Nhiễm trùng các loại u (u lành, u ác tính) trong xương hàm.

- Viêm xương tủy hàm đường dưới.

***1.2.2. Bệnh cảnh lâm sàng chung.***

Cũng giống như viêm nhiễm tổ chức phần mềm, nhưng có những triệu chứng riêng liên quan đến xương.

***a. Triệu chứng toàn thân:*** giống như triệu chứng của viêm nhiễm tổ chức phần mềm nhưng tiến triển thường âm ỉ và kéo dài hơn.

***b. Triệu chứng tại chỗ:***

- Sưng, nóng, đỏ, đau tổ chức phần mềm che phủ xương, có khi diễn ra tương đối rầm rộ, có khi âm ỉ kéo dài tùy theo từng nguyên nhân. Biểu hiện của một nhiễm trùng cấp hoặc bán cấp tại chỗ.

- Đau liên quan đến xương hàm và cung răng: đau liên tục âm ỉ nửa cung hàm, có khi lan ra toàn bộ hàm. Các răng liên quan lung lay hoặc xô lệch tùy theo mức độ phá hủy của xương, nhiều trường hợp răng rụng dần nhưng niêm mạc lợi không thể liền.

- Rò: rò qua bề huyệt răng, qua tổ chức phần mềm bên ngoài. Rò ở một vị trí hoặc 2 - 3 vị trí dọc cung hàm, có khi lấy được mảnh xương chết. Rò lâu ngày có thể tiêu hủy nhiều xương dẫn đến gẫy xương hàm.

- X quang: là hình ảnh tiêu hủy xương kết hợp với bồi đắp xương, đôi khi thấy mảnh xương chết.

**1.3. Điều trị viêm nhiễm không đặc hiệu vùng hàm mặt.**

***1.3.1. Toàn thân.***

- Chống nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh thích hợp tùy theo mức độ nặng nhẹ của bệnh, loại vi khuẩn gây viêm nhiễm. Nếu có điều kiện, cần phải cấy trùng mủ (hoặc dịch) ở vùng nhiễm khuẩn, làm kháng sinh đồ để sử dụng ,kháng sinh phù hợp và có hiệu quả.

- Trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết, cần điều trị tích cực và toàn diện để ngăn chặn những biến chứng có thể dẫn đến nguy hiểm. Dùng kháng sinh kết hợp liều cao cùng các thuốc tăng sức đề kháng của cơ thể.

- Hạ sốt, giảm đau, giảm sưng nề, truyền dịch nuôi dưỡng, các loại vitamin.

***1.3.2. Điều trị tại chỗ:***

- Trước hết cần đánh giá mức độ nhiễm trùng tại chỗ, giai đoạn của viêm nhiễm, đã có ổ mủ chưa, vị trí ổ mủ ở sâu hay nông. Những ổ mủ ở sâu, vùng sàn miệng, thành họng bên, dưới góc hàm có nguy cơ lan tràn rộng.

- Trích rạch tháo mủ: Chú ý dẫn lưu triệt để những ổ mủ ở sâu, nằm rải rác. Đường rạch tháo mủ phải đảm bảo hai yêu cầu vừa có thể dẫn lưu mủ tốt, vừa đảm bảo về mặt thẩm mỹ cho bộ mặt sau này. Có thể rạch đường trong miệng hoặc ngoài miệng tùy từng trường hợp.

- Trường hợp viêm xương tủy hàm: phẫu thuật lấy tổ chức xương chết kết hợp xử trí các răng có liên quan. Mức độ can thiệp tùy theo tổn thương thực thể quan sát được khi phẫu thuật, có thể phải phẫu thuật nhiều lần để loại bỏ hết tổ chức xương viêm rải rác ở nhiều vị trí.

***1.3.3. Điều trị nguyên nhân:*** Có thể tiến hành song song hoặc sau hai loại điều trị trên tùy theo từng nguyên nhân.

- Điều trị răng nguyên nhân: chữa tủy, mổ nang cuống răng, nhổ răng số 8, nhổ chân răng... sau điều trị viêm tủy ổn định.

- Phẫu thuật các khối u phần mềm, xương hàm sau điều trị khỏi viêm nhiễm phần mềm.

- Điều trị các bệnh khác như: viêm tai xương chũm, viêm áp xe tuyến nước bọt, viêm mủ khớp hàm...

Điều trị viêm nhiễm không đặc hiệu là một biện pháp tổng hợp, điều trị toàn thân và tại chỗ là chủ yếu kết hợp điều trị triệu chứng và nguvên nhân.

**2. Viêm nhiễm đặc hiệu**

**2.1. Bệnh nấm vùng hàm mặt.**

***2.1.1. Viêm nhiễm do nấm actinomyces*** (Actinomycose):

+ Toàn thân: biểu hiện không rầm rộ của viêm nhiễm trùng cấp, chỉ có phản ứng sốt nhẹ, nểu có bội nhiễm vi khuẩn khác sẽ sốt cao hơn.

+ Tại chỗ: Các ổ viêm bán cấp rải rác ở má, bờ xương hàm dưới, vùng dưới hàm.

Tổ chức dưới da sưng vồng lên như một nang bã đậu nhiễm trùng. Da trên ổ viêm đỏ tím, ấn mềm, xung quanh thâm nhiễm xơ cứng. ổ nhiễm giống như khối u được gọi là “củ nấm”. Ổ viêm lan ra xung quanh do sự phát triển của các sợi nấm ngâm dưới da tạo ra các ổ viêm mới, có thể ăn ra nông gây rò. Nếu bị bội nhiễm các vi khuẩn thông thường sẽ có đợt viêm cấp. Đợt viêm cấp sẽ thuyên giảm nhanh do có rò sớm ra ngoài da.

- Xét nghiệm: soi tươi và cấy nấm để xác định chẩn đoán.

- Điều trị: dùng kháng sinh chống nấm theo kết quả cấy nấm. Nếu có bội nhiễm có thể dùng kháng sinh thông thường chống nhiễm trùng. Trích nạo ổ nấm là biện pháp hỗ trợ loại trừ trực tiếp nấm một phần, ít có giá trị điều trị như viêm

nhiễm thông thường.

***2.1.2. Bệnh nấm niêm mạc miệng:***

Đa số do nấm Candida, ít gặp do nấm Actinomyces.

- Lâm sàng: niêm mạc miệng có các nốt viêm loét mãn tính có giả mạc che phủ, xung quanh thâm nhiễm đỏ, xuất hiện rải rác không cùng một thời điểm, cảm giác đau, sót khi ăn uống có chất cay, mặn.

- Xét nghiệm: soi tươi, cấy nấm để xác định chẩn đoán.

- Điều trị:

+ Dùng kháng sinh chống nấm khi có kết quả xét nghiệm. Kết hợp dùng kháng sinh chống nấm toàn thân với ngậm trong miệng.

+ Kháng sinh chống bội nhiễm thông thường.

+ Các dung dịch xúc miệng chống viêm, giảm đau khi có loét rộng niêm mạc miệng.

2.2. Lao hạch vùng dưới hàm.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trên bệnh nhân đã có tiền sử lao phổi hoặc cơ quan khác, cũng có thể gặp lao hạch nguyên phát.

- Lâm sàng: vùng dưới hàm, cổ xuất hiện hạch thành nhóm, to nhỏ không đều, mật độ khác nhau. Hạch không đau hoặc đau nhẹ. Nếu không được điều trị sẽ tiếp tục có thâm nhiễm hạch ở xung quanh, dính thành một chuỗi có kích thước khác nhau.

Hạch có thể tiến triển, nhuyễn hóa thành tổ chức bã đậu, vỡ ra ngoài gây rò, tạo thành vòng sẹo ở cổ và dưới hàm gây co kéo.

- Xét nghiệm:

+ Làm phản ứng Mantoux.

+ Sinh thiết hoặc chọc hút tế bào chẩn đoán.

- Điều trị: có hai biện pháp kết hợp.

+ Dùng kháng sinh chống lao toàn thân theo phác đồ.

+ Phẫu thuật loại bỏ hạch bị lao, tạo điều kiện liền sẹo chủ động và hỗ trợ cho điều trị toàn thân.

**2.3. Viêm nhiễm hàm mặt do Giang mai**

Giang mai là bệnh nhiễm khuẩn mạn tính, do xoắn khuẩn treponema pallidum gây ra, có thể thâm nhiễm nhiều nơi cho cơ thể nên có thế nhầm với bệnh khác. Đặc điểm của Giang mai chia làm 3 thời kỳ:

- Thời kỳ I: Thời kỳ ủ bệnh: 2-6 tuần. Săng là biểu hiện đầu tiên phản ứng của tổ chức với sự xâm nhập của xoắn khuẩn sau thời gian ủ bệnh với đặc điểm:

+ Tổn thương thường là hòn cứng, giữa chợt, loét, không đau, khu trú.

+ Sau 1-3 tuần xuất hiện săng thì xuất hiện hạch nổi to, chắc, không đau

+ Vị trí: Chủ yếu ở bộ phận sinh dục. 10% ở vị trí khác như: ngón tay, amidan, hậu môn, ngực. Ở vùng miệng gặp ở môi, lưỡi, hầu, lợi, niêm mạc miệng.

- Thời kỳ II: Nhiễm toàn thân:Xoắn khuẩn vào máu (sau khi xuất hiện sang vài tuần hoặc vài tháng) với đặc điểm là nổi ban toàn thể trên da và niêm mạc. Thể sớm nhất là ban sần ở cánh tay và bụng. Ban sần tập trung thành từng mụn mủ hay nang lan rộng khắp ngời sau đó khu trú ở những bề mặt cọ sát, có thể rụng tóc nham nhở. Niêm mạc miệng bị sâm nhiễm, loét và đau. Có hạch cổ không đau, không áp xe. Dấu hiệu toàn thân nhẹ hoặc không có, có thể đau họng hoặc đau mình, nhức đầu, sốt, đau các khớp xương.

- Thời kỳ III: Giai đoạn muộn (có thể hàng chục năm sau khi có tổn thương đầu tiên). Biểu hiện là gôm Giang mai, là tổn thương dạng u hạt, thể hiện lâm sàng bởi sưng có gianh giới, hình cung, chu vi có nhiễm sắc. sưng có thể hình cục, loét và hoại tử ở giữa. Gôm hay gặp ở lưỡi và vòm miệng, gây thủng vòm miệng hay vách ngăn mũi. Gôm xâm nhập da và niêm mạc, có khi cả phủ tạng và não. Hiếm thấy viêm hạch.

- Giang mai bẩm sinh: do nhiễm khuẩn từ mẹ sang con qua nhau thai vào tháng thứ 5 của thời kỳ thai nghén. Hệ bạch huyết thường bị thâm nhiễm dưới dạng phản ứng hạch, khu trú tại chỗ hoặc rải rác toàn thân. Giang mai bẩm sinh thường gây ra đẻ non, trẻ sinh ra ốm yếu, nhiều dị dạng bẩm sinh như khe hở môi, vòm miệng, mặt, sống mũi hình yên ngựa, răng hình thìa và có các dị dạng khác ở chi và cơ thể.

- Chẩn đoán: Dựa vào thử nghiệm huyết thanh như test giọt đặc TPI; test kháng thể huỳnh quang FTA hay test hấp thụ kháng thể huỳnh quang FTA- ABS.

- Điều trị: penixilin

Tiêm một lần 2-4 triệu đơn vị benzathin penixilin hay 600.000 đơn vị procain penixilin/ngày, trong 8-10 ngày. Có thể phối hợp với erythromyxin. Trường hơp dị ứng với penixilin có thể thay thế bằng kháng sinh phổ rộng như erythromyxin hay tetraxyclin.

**Tóm lại:** Viêm, nhiễm trùng vùng hàm mặt là một loại bệnh lý rất đa dạng, do nhiều nguyên nhân gây nên. Tiến triển và tiên lượng của bệnh đa số là tốt, nhưng khi chẩn đoán, điều trị cũng cần đề phòng những biến chứng cấp tính có thể xảy ra. cần áp dụng các biện pháp chẩn đoán, điều trị kết hợp và toàn diện để đem lại hiệu quả tốt hơn.

Bài 7: CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

**MỤC TIÊU**

1. Phân loại được chấn thương vùng hàm mặt và nắm được các đặc điểm giải phẫu liên quan đến chấn thương hàm mặt

2. Nắm được các xử trí cấp cứu ban đầu khi chấn thương hàm mặt.

3. Khám, chẩn đoán, hướng xử trí vết thương phần mềm vùng hàm mặt.

4. Chẩn đoán và xử trí gãy xương hàm trên

5. Chẩn đoán và xử trí gãy xương hàm trên

**I. TỒNG QUAN**

Ở nước ta, trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về kinh tế là sự gia tăng nhanh các loại tại nạn về cả số lượng và tính chất nguy hiểm trong đó có chấn thương hàm mặt.

Nhóm bệnh nhân hay gặp thường nằm trong độ tuổi lao động, cao nhất là độ tuổi 20-39 chiếm 65,15% (số liệu viện Răng hàm mặt trung ương tháng 10/2000) và tỷ lệ nam giới bị chân thương cao hơn hẳn so với nữ giới (5,7/1).

Số bệnh nhân bị gãy xương hàm dưới cao hơn so với gãy xương hàm trên với tỷ lệ là 6/4. Trong đó, với xương hàm trên chúng tôi gặp nhiều trường hợp gãy ngang hơn so với gãy dọc. Còn ở xương hàm dưới, 85% bệnh nhân gãy vùng cằm. cành ngang và góc hàm phần còn lại là lồi cầu, cành cao và mỏm vẹt.

**II. PHÂN LOẠI VÉT THƯƠNG HÀM MẶT**

**2.1. Theo tác nhân gây tổn thương:**

- Do tai nạn: Giao thông, sinh hoạt, thể thao, lao động, ...

- Vết thương do hoả khí:

+ Do đạn súng bộ binh.

+ Do mảnh của các loại đạn phá như lựu đạn, cối, bom, mìn, đạn pháo.

- Vết thương có kết hợp nhiễm xạ, nhiều chất độc hoá học.

- Vết thương có kết họp bỏng và súng nổ.

**2.2. Theo tính chất và mức độ tổn thương:**

**2.2.1. Vết thương phần mềm:**

- Vết thương sượt và đụng dập.

- Vết thương đứt rách tổ chức.

- Vết thương xuyên.

- Vết thương chột.

- Vết thương tạo vạt lật có chân nuôi.

- Vết thương tổn khuyết phần mềm.

**2.2.2. Vết thương xương:**

- Vết thương gây vỡ, mẻ xương.

- Vết thương mất đoạn xương.

- Vết thương kết hợp tổn thương nhiều xương.

**III. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU LIÊN QUAN CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT**

- Vùng hàm mặt được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu và bạch huyết rất phong phú, khi bị chấn thương thường gây chảy máu nhiều, phù nề nhanh làm biến dạng mặt đôi khi làm cho bệnh cảnh lâm sàng không tương xứng với thương tổn thực thể nhưng lại là điều kiện thuận lợi cho quá trình liền sẹo vết thương và chống nhiễm trùng.

- Vùng hàm mặt có những cơ quan giữ chức năng sống quan trọng (thị giác, hô hấp, tiêu hoá,...), vết thương dễ gây thương tổn các cơ quan dẫn đến rối loạn chức năng, có thể có những biến chứng cấp tính dẫn đến tử vong.

- Xử trí vết thương hàm mặt do hoả khí cần chú trọng phục hồi chức năng là quan trọng, phục hồi thẩm mỹ đến mức tối đa qua nhiều giai đoạn.

- Vùng hàm mặt có cấu tạo giải phẫu phức tạp lại liên quan chặt chẽ với sọ não, mắt, mũi, xoang nên khi có chấn thương thường kèm theo tổn thương của các vùng, các bộ phận kế cận.

- Hệ thống cơ vùng hàm mặt rất đa dạng, ngoài các nhóm cơ chức năng (cơ nâng hàm, hạ hàm), hầu hết các cơ còn lại là cơ bám da mặt: Một đầu bám vào xương, một đầu bám vào da nên khi bị rách, da co nhanh làm vết thương toác rộng gây biến dạng giải phẫu nhiều, ảnh hưởng lớn đến chức năng và thẩm mỹ.

- Các vết thương vùng hàm mặt hiếm khi có biến chứng hoại thư sinh hơi nên dù đến muộn sau 6 giờ, nếu làm sạch vết thương vẫn có thể khâu kín ngay thì đầu.

- Vùng hàm mặt có 3 đôi tuyến nước bọt chính (mang tai, dưới hàm, dưới lưỡi) kèm theo các ống dẫn nước bọt đổ vào khoang miệng. Khi có tổn thương vào tuyến hoặc ống tiết dễ gây rò nước bọt kéo dài làm vết thương lâu liền và người bệnh rất khó chịu.

**IV. XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT**

**1. Nguyên tắc chung**

- Ở mọi lúc, mọi nơi phải đặt việc cứu sống tính mạng bệnh nhân lên hàng đầu.

- Trong quá trình xử trí vết thương phải kết hợp chặt chẽ giữa phục hồi chức năng và hình thể giải phẫu thẩm mỹ. Các bước xử trí phải kế tiếp nhau, bước trước phải tạo điều kiện chuẩn bị cho bước sau, bước sau là sự hoàn chỉnh và kế thừa của các bước trước.

**2. Xử trí cấp cứu.**

**2.1. Phòng chống ngạt thở cấp:**

- Phòng chống tụt lưỡi ra sau:

+ Nhanh chóng kéo lưỡi ra trước để giải phóng đường thở.

+ Hút đờm dãi lấy dị vật trong miệng.

+ Cố định lưỡi ra ngoài:

Khâu lưỡi bằng chỉ lớn theo chiều hai bên, cố định đầu chỉ ra ngoài cằm, má bằng băng dính, hoặc buộc vào nút cổ áo. Xuyên ngang qua lưỡi bằng kim băng lớn kéo ra cố định ngoài miệng.

- Hút, lau lấy bỏ đờm rãi, cục máu đông, dị vật, đặt đầu nghiêng về phía có vết thương để dịch và máu chảy ra ngoài. Nếu có vết thương sâu trong miệng và thành họng phải kẹp cầm máu tại chỗ, hoặc chèn gạc chặt trong khoang miệng, mũi sau khi đó đặt NKQ hoặc mở khí quản ở dưới.

- Mở kiểm tra các vạt tổ chức quanh thanh môn, thành họng, gốc lưỡi, đặt các vạt về đúng vị trí và khâu cổ định vạt.

- Khi có phù nề, máu tụ quanh khí quản: Rạch da cho giảm phù nề, lấy máu tụ phòng chống chèn ép khí quản lâu dài.

**2.2. Phòng chống chảy máu:**

- Băng ép cầm máu.

- Kẹp, khâu cầm máu tại chỗ vết thương.

- Thắt chọn lọc các động mạch chi phối vùng chảy máu.

- Thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên.

- Thắt động mạch cảnh chung nếu cần.

- Chèn gạc cầm máu ở sâu trong khoang mũi, khoang miệng, băng ép tại chỗ vết thương (phải kết hợp mở khí quản)

**2.3. Phòng chống shock:**

- Kiểm tra tình trạng toàn thân, chú ý mạch, huyết áp, hô hấp.

- Phòng chống ngạt thở tốt, đảm bảo thông khí.

- Cầm máu kịp thời và có hiệu quả.

- Giảm đau, truyền máu, dịch thay thế nếu cần để bù khối lượng khối lượng máu lưu thông duy trì huyết áp.

- Điều trị chấn thương sọ não và các tổn thương khác kết hợp.

**3. Vết thương phần mềm**

**3.1. Nguyên tắc:**

- Cắt lọc tổ chức hết sức tiết kiệm quanh mép vết thương.

- Đóng kín (có dẫn lưu) và khâu phục hồi tối đa về giải phẫu các cơ quan.

**3.2. Xử trí**

***\* Các vết thương đút rách tổ chức***

- Cắt lọc tiết kiệm xung quanh mép vết thương, giữ lại tất cả các vạt tổ chức có chân nuôi (kể cả vạt có chân nuôi nhỏ) và sắp xếp về đúng vị trí giải phẫu.

- Khâu kín vết thương theo lớp đối với các vết thương mới, các vết thương đến muộn nên khâu thưa hoặc khâu định hướng, sau đó dẫn lưu tốt.

***\* Với các vết thương có tổn khuyết phần mềm***

Tuỳ theo mức độ tổn khuyết phần mềm có thể xử trí theo các mức độ khác nhau:

- Cắt lọc mép vết thương, bóc tách rộng dưới da xung quanh, khâu kéo đóng kín vết thương đơn thuần.

- Làm các thủ thuật tạo hình cơ bản.

- Với những vết thương tổn khuyết lớn phần mềm không thể đóng kín một thì, cần khâu thu hẹp vết thương đến mức tối đa, phần còn lại cần khâu viền mép vết thương nhằm tạo điều kiện cho vết thương liền nhanh ít tạo sẹo co kéo.

**\* Xử trí vết thương ở các vị trí đặc biệt**

- Vết thương vành tai:

+ Vết thương đứt, rách da và sụn vành tai:

Khâu theo 3 lớp, lớp sụn ở giữa, hai lớp da ở trước và sau vành tai.

+ Vết thương tổn khuyết nhỏ ở vành tai:

Làm thủ thuật tạo hình thu hẹp vành tai trước khi đóng kín vết thương.

+ Nếu tổn khuyết lớn vành tai:

Khâu viền hai mép da che kín sụn vành tai còn lại tránh viêm teo sụn.

- Vết thương mũi:

+ Đứt rách cánh mũi

Khâu phục hồi 3 lóp: Lớp sụn cánh mũi, niêm mạc mũi và da cánh mũi.

+ Vết thương khuyết một phần cánh mũi:

Tuyệt đối không được khâu kéo đóng kín vết thương sẽ gây chít hẹp lỗ mũi, phải khâu viền mép da và niêm mạc che kín sụn mũi. Sau khi liền sẹo ngoài 6 tháng sẽ làm phẫu thuật tạo hình cánh mũi.

+ Vết thương tổn khuyết lớn tháp mũi:

Trước tiên phải đặt ống cao su thông lỗ mũi đảm bảo thông khí, sau đó xử trí các vết thương như trên.

- Vết thương lưỡi:

Giữ đến mức tối đa tổ chức lưỡi, đặt và khâu phục hồi hình thể lưỡi đảm bảo sau khi liền sẹo, lưỡi vận động tốt. Nếu có khuyết lớn tổ chức lưỡi, phải cắt sửa và khâu phục tạo hình lưỡi theo chiều dọc để phần còn lại của lưỡi vận động tốt.

- Vết thương môi, má, mép:

Khâu viền mép da với mép niêm mạc, tạo điều kiện vết thương liền nhanh, tạo hình tổn khuyết tổ chức thì hai.

**4. Vết thương xương**

**4.1. Gãy xương hàm trên:**

**a. Đặc điếm giải phẫu xương hàm trên**

Là xương xốp, cố định, được che phủ phía trên bởi nền sọ và xương chính mũi, hai bên bởi xương gò má, cung tiếp xương thái dương và phía dưới bởi xương ổ răng, xương hàm dưới nên chỉ bị gãy khi có chấn thương trực tiếp và mạnh.

***b. Phân loại***

- Gãy một phần: gãy xương ổ răng, gãy mỏm lên, gãy bờ dưới xương ổ mắt, góc trong mắt, lún hố nanh, gãy mỏm và vòm khâu cái.

- Gãy toàn bộ: có hai loại, gãy dọc và gãy ngang.

***\* Gãy dọc***

- Lannelogue: đường gãy ở giữa, tách rời hai xương hàm trên, tạo kẽ hở giữa hai răng cửa giữa, niêm mạc khẩu cái bị rách.

- Richet: gãy dọc một bên qua răng cửa bên hoặc răng nanh.

- Bassereau: phối hợp Lannelogue và Richet chia xương hàm trên thành ba đoạn.

- Huet: đường gãy hình tam giác, đỉnh là mấu lên XHT, hai góc là hai răng nanh.

- Walther: gồm ba đường gãy dọc, một ở giữa, hai đường khác qua răng hàm nhỏ thứ nhất hoặc răng hàm nhỏ thứ hai, phối họp với một đường gãy ngang (Le Fort I).

***\* Gãy ngang (còn gọi là gãy Le Fort)***

- Le Fort I (còn gọi là Guérin)

Đường gãy nằm ngang từ phần dưới hốc mũi, đi sang hai bên trên các chóp răng ra sau đến lồi củ XHT, 1/3 dưới chân bướm, ở giữa vỡ vách ngăn mũi và 1/3 xương lá mía.

- Le Fort II (tách rời sọ mặt giữa, dưới xương gò má)

Đường gãy bắt đầu giữa xương chính mũi, qua mấu lên XHT đến thành trong hốc mắt, tổn thương xương lệ, vào sàn ổ mắt rồi bờ dưới 0 mắt, sau đó chạy gần hay ngang qua lỗ dưới ổ mắt. Tiếp tục đi dưới xương gò má ra lồi củ XHT, đoạn này song song với LeFort I, phía sau gãy 1/3 giữa xương chân bướm, ở giữa gãy 1/3 giữa xương lá mía.

- Le Fort III (tách rời sọ mặt cao, trên xương gò má) với các đường gãy

Đường gãy bắt đầu trên xương chính mũi, ngang hay trên chỗ nối khớp xương trán, tách khớp mũi trán, đến mấu lên XHT, vào thành trong ổ mắt gãy xương lệ, xương giấy, rồi đến khe bướm, gãy 1/3 trên xương chân bướm Tách rời khớp trán - gò má Tách rời cung tiếp - gò má Gãy 1/3 trên xương lá mía.

Hình 1: Các đường gãy Lefort

Đường gãy Lefort I :

Đường gãy Lefort II :

Đường gãy Lefort III :

**c. Lâm sàng gãy ngang toàn bộ xương hàm trên**

***• Le Fort I***

*Triệu chứng lâm sàng :*

- Bệnh nhân choáng nhẹ

- Ăn nhai khó, nuốt vướng vì phần gãy sa xuống.

- Mặt biến dạng: môi trên sưng nề, bầm tím, miệng hở cửa, chảy máu mũi.

- Trong miệng: ngách lợi môi, lợi má bầm tím, có thể thấy xuất huyết hình móng ngựa ở vòm miệng sau vài ngày. Khi cắn, khối răng hàm chạm sớm, hở cửa.

- Ấn từ gai mũi trước đến XHT bệnh nhân đau chói.

- Dấu Guérin: ấn sau lồi củ XHT ở vùng chân bướm hàm bệnh nhân đau chói.

- Lắc cung hàm sẽ thấy di động toàn bộ (dấu hiệu "đeo hàm giả")

X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

***• Le Fort II:***

*Triệu chứng lâm sàng:*

- Bệnh nhân choáng

- Đau dọc đường gãy ở gốc mũi bờ dưới hốc mắt, nơi tiếp giáp Xương gò má. Có thể bị tê mặt do tổn thương lỗ dưới ổ mắt, chảy máu mũi, nhai vướng đau.

- Xẹp phần giữa mặt do khối răng cửa lún lên trên và lùi ra sau, bầm tím mi dưới, chảy nước mắt do chèn ép ống lệ tị.

- Trong miệng: sai khớp cắn do khối răng hàm bị đẩy xuống dưới và ra sau nên khi cắn, răng hàm chạm sớm. Ngách lợi vùng răng hàm bầm tím ấn đau, ngách lợi tiếp giáp xương gò má có thể có hình bậc thang.

- Ấn đau góc trong, bờ dưới hốc mắt, gốc mũi, bờ dưới xương gò má, lồi củ XHT.

X- quang: Blondeau, Hirtz, phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

**• Le Fort III**

*Triệu chứng lâm sàng*

- Bệnh nhân choáng nặng

- Đau dọc đường gãy ở khớp mũi trán, trán-gò má, gò má-cung tiếp, chảy máu mũi, có thể chảy dịch não tủy

- Mặt phù nề, bầm tím quanh hốc mắt (dấu "đeo kính râm"), nhãn cầu có thể bị lõm hoặc sụp gây song thị.

- Trong miệng: sai khớp cắn khối răng hàm chạm sớm, hở vùng răng cửa, bầm tím vòm miệng.

- Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch

- Toàn bộ khối xương mặt di động so với khối xương sọ.

X-quang: Blondeaa, Hirtz, phim sọ thằng, sọ nghiêng và cắt lóp vi tính (Scanner).

**d. Chẩn đoán gãy xương hàm trên**

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X quang.

**e. Điều trị**

Điều trị chuyên khoa sau khi xử trí cấp cứu ban đầu.

*Điểu trị chuyên khoa*

- Nắn chỉnh bằng tay, bằng chỉ thép, máng chỉnh hình.

- Cố định hai hàm hoặc cố định hàm dưới với hàm. Thời gian cố định: 15-30 ngày.

- Phẫu thuật khi xương đã liền.

**4.2. Gãy xương hàm dưói (XHD)**

**a. Đặc điểm:**

- XHD là một xương lẻ, đối xứng, tạo nên tầng mặt dưới, nổi lên ở vùng cổ và mặt, có nhiều điểm nhô (cằm, góc hàm) nên rất dễ gãy (theo D. Ga as, chiếm 60% gãy xương vùng mặt).

- Có hệ cơ nhai bám tận, lực tác dụng đối kháng, nên sau khi gãy, XHD thường bị biến dạng thứ phát.

- Là xương di động, có răng cắm vào xương ổ răng, quan hệ khớp cắn trung tâm với răng hàm trên cố định, đó là cơ sở giúp nắn chỉnh và cố định xương gãy. Răng khôn hàm dưới có vai trò quan trọng trong gãy xương hàm dưới vùng góc hàm.

- Là xương dẹt, mỏng, ngoài đặc, trong xốp, chỉ được nuôi dưỡng với động mạch răng dưới, nên khi gãy ít chảy máu nhưng chậm liền xương.

- Có các điểm yếu dễ gãy: khớp cằm, góc hàm, lỗ cằm, lồi cầu ...

b. Phân loại gãy xương hàm dưới

***\* Gãy từng phần***

Gãy xương ổ răng, vỡ lồi cầu, mỏm vẹt, bờ dưới XHD, xuyên thủng xuơng.

***\* Gãy toàn bộ***

- Một đường: gãy vùng giữa, vùng bên, vùng góc hàm, cành lên, lồi cầu.

- Hai đường: gãy đối xứng, không đối xứng.

- Ba đường, phức tạp.

**c. Lâm sàng gãy toàn bộ xương hàm dưới một đường**

***\* Gãy vùng giữa (khớp cằm) :*** Chiếm 12%

*- Vị trí:*

Đường gãy nằm giữa mặt xa hai răng nanh, hiếm khi đúng đường giữa mà thường nằm cạnh khớp cằm. Đường gãy có thể thẳng hay hình Lambda, tách rời lồi cằm.

- Triệu chứng lâm sàng

+ Sưng vùng cằm, bầm tím tụ máu, có thể rách da môi, cằm ấn đau, lợi, ngách lợi môi, sàn miệng bầm tím hay rách.

+ Kẽ hai răng đường gãy đi qua giãn rộng, răng có thể lung lay, gãy hoặc mất.

+ Khớp cắn có thể sai ít hoặc bình thường do lực cơ cân bằng.

+ Phát hiện đường gãy bằng cách đứng trước bệnh nhân, dùng hai tay, ngón cái đặt lên cung răng và ngón trỏ, ngón giữa đặt vào bờ dưới cành ngang, làm động tác di chuyển lên xuống ngược chiều sẽ thấy hai đoạn gãy di chuyển theo. Có thể dùng động tác bẻ nhẹ cung răng sang hai bên để lộ đường nứt

*- X-quang*

Phát hiện đường gãy nhờ phim Simpson, phim gốc răng.

***\* Gãy vùng bên (cành ngang)***

Chiếm 30%, lưu ý thường gãy kèm lồi cầu bên kia.

***- Vị trí***

Từ mặt gần răng hàm nhỏ thứ nhất đến mặt xa răng hàm lớn thứ hai, đường gãy thường kéo xuống dưới và ra sau, thường đi cạnh hoặc ngang qua lỗ cằm.

*- Triệu chứng lâm sàng*

+ Bệnh nhân đau, không nhai được do vướng; nuốt vào phát âm khó.

+ Mặt biến dạng, cằm hơi lệch về phía gãy, da vùng má có thể xay xát hay rách, sưng và tụ máu dưới da có thể lan rộng lên má, xuống cổ.

+ Sờ bờ dưới và mặt ngoài XHD có bậc thang ấn đau chói.

+ Trong miệng có biến dạng cung răng: đoạn ngắn về phía lưỡi cao hơn đoạn dài, đoạn dài lệch ra ngoài thấp hơn đoạn ngắn. Khi bệnh nhân ngậm miệng răng đọan ngắn chạm răng hàm trên trước rồi đến răng đoạn dài (triệu chứng răng chạm khớp hai lần do tác động các cơ có lực đối kháng) răng có thể bị gãy, lung lay hay mất. Lợi, ngách lợi, sàn miệng có thể bị rách, chảy máu.

*- X-quang*

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chếch (Maxillaire Défilé), phim gốc răng, phim toàn cảnh (Panorama), phim sọ thẳng.

***\* Gãy vùng góc hàm (Gonion)***

Chiếm 18% vì vùng góc hàm là điểm yểu của xương hàm dưới.

- Vị trí: từ mặt gần răng khôn đến góc hàm, đường gãy thường chéo xuống dưới và ra sau, vết thương thường kín trừ khi qua răng khôn tạo gãy hở.

*- Triệu chứng lâm sàng*

+ Bệnh nhân đau ít, nhai khó.

+ Vùng góc hàm có sưng bầm tím ấn đau, mặt thường không biến dạng nếu có biến dạng thì hàm sẽ lệch về phía gãy.

+ Khám trong miệng: khớp cắn thường không di lệch, ấn vào ngách lợi má vùng góc hàm, răng khôn, tam giác sau xương hàm dưới bệnh nhân đau.

+ Phát hiện đường gãy bằng cách đứng sau lưng bệnh nhân, một tay cố định cành lên, tay kia đặt ngón cái lên cung răng, các ngón khác ở bờ dưới CHD, làm động tác bẻ cành ngang ra trước.

Trường hợp có di lệch, cành lên bị kéo lên trên, ra trước và vào trong, cành ngang bị kéo xuống dưới và ra sau.

*- X-quang*

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chếch (Maxillaire Défilé), phim gốc răng, phim sọ thẳng.

\* Gãy cành lên Rất hiếm gặp (7%)

*- Đường gãy*

Có thể nằm ngang, dọc hay hình hoa thị.

*- Triệu chứng lâm sàng*

+ Bệnh nhân đau dọc đường gãy, khó há miệng, khó ăn nhai.

+ Cằm hơi lệch về phía gãy, sưng nề bầm tím vùng cơ cắn.

+ Răng thường chạm khớp hai lần vì bên gãy thường bị kéo lên trên.

*- X-quang*

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chếch (Maxillaire Défilé), phim sọ thẳng.

***\* Gãy lồi cầu***

Năng xảy ra, chiếm 32%, thường ở ba vị trí:

- Dưới lồi cầu thấp (Sous condylienne basse)

+ Đường gãy nghiêng xuống dưới và ra sau nền cổ lồi cầu và ở ngoài khớp. Đọan lồi cầu bị kéo lên trên ra trước, vào trong do tác động của cơ chân bướm ngoài nhưng di lệch ít, đoạn cành lên bị kéo lên trên, ra sau do tác động của cơ căn.

+ Khám

• Dùng ngón tay trỏ ấn giữa nắp tai và lồi cầu, bệnh nhân sẽ đau chói trước nắp tai.

• Dùng hai ngón tay út đặt trước ống tai ngoài hai bên, bảo bệnh nhân há ngậm miệng để so sánh cử động của hai lồi cầu.

Trong miệng: cung hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp hai lần.

- Dưới lồi cầu cao (Sous condylienne haute)

+ Đường gãy nằm ngang cổ giải phẫu của lồi cầu ở trong khớp. Đầu lồi cầu bị trật vào trong xuống dưới và ra trươc bởi tác động của các cơ chân bưóm ngoài. + Khám thấy mất cử động lồi cầu bên gãy, đau và tụ máu trước nẳp ta , hở khớp cửa, hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp 2 lần, bên gãy chạm sớm.

- Chính lồi cầu (condylienne vraie)

Triệu chứng lâm sàng giống gãy dưới lồi cầu cao, thường phối hợp gãy xương nhĩ, hõm chảo và cung tiếp xương thái dương.

\* **X-quang:** phát hiện gãy lồi cầu nhờ phim Schüller, Zimmer, sọ thẳng.

**d. Chẩn đoán gãy xương hàm dưới toàn bộ một đường**

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X-quang.

**e. Điều trị**

Điều trị chuyên khoa sau khi điều trị cấp cứu ban đầu

- Nắn chỉnh: bằng tay, lực kéo, bộ dụng cụ ngoài hay phẫu thuật.

- Cố định hai hàm.

- Với bệnh nhân mất răng: cố định bằng máng chỉnh hình.

- Phẫu thuật trong các trường hợp khó điều trị chỉnh hình như gãy vụn, nhiều đoạn hoặc di lệch nhiều: kết hợp xương bằng nẹp vít, đóng đinh, phẫu thuật buộc vòng quanh XHD cho trẻ em có bộ răng hỗn hợp.

- Phối hợp kết hợp xương với cố định hai hàm từ 4-6 tuần, hoặc nẹp vít và cố định băng thun trong vòng 10 ngày đầu.

- Nói chung, thời gian cố định từ 30-45 ngày.

**Bài 8: CẤP CỨU RĂNG MIỆNG HAY GẶP**

**Mục tiêu:**

1. Chẩn đoán và xử trí cơn đau do Viêm tủy răng .

2. Xử trí sang chấn răng.

3. Chẩn đoán và xử trí áp xe lợi, viêm tay lan tỏa vùng hàm mặt

4. Xử trí chảy máu ổ răng sau nhổ răng.

5. Sơ cứu được chấn thương phần mềm và gẫy xương vùng hàm mặt.

**I. Đại cương.**

Các cấp cứu răng hàm mặt hay gặp là cơn đau buốt răng do Viêm tủy răng cấp tính, chấn thương làm gẫy, vỡ, lung lay hay rơi răng ra ngoài, sưng tấy lợi và vùng hàm mặt do biến chứng răng. Chảy máu sau nhổ răng và sơ cứu ban đầu các chấn thương vùng hàm mặt.

**II. Viêm tủy răng và xử trí cấp cứu.**

***1. Chẩn doán:***

+ Cơ năng: Đau buốt răng dữ dội từng cơn đau nhiều nhất là ban đêm. Đau lan tỏa theo hướng các dây thần kinh răng lên vùng thái dương, lên đầu... Bệnh nhân có thể nhận biết được đau từ răng nào...

+ Khám: Tùy nguyên nhân:

- Do sâu răng thì khám răng có lỗ sâu răng, lỗ sâu phá hủy gần hết lóp ngà, chạm vào đáy lỗ sâu bệnh nhân rất đau có thể có điểm hở tủy...

- Do nứt vỡ răng thì có thể thấy vết nứt, rạn răng...

- Do viêm quanh răng thì khám có triệu chứng viêm quanh răng..

***2. Xử trí:***

- Cho thuốc giảm đau: Efferangan0,5g...

- Thấm xylocain 5% nhét vào lỗ sâu răng.

- Gửi bệnh nhân đến nha sĩ để lấy tủy răng

**III.Sang chấn răng**

Răng bị chấn thương tùy theo mức độ có các thể lâm sàng sau đây: Gãy ngang, gãy dọc, lung lay hay rơi ra khỏi ổ răng.

***1. Gãy ngang:***

+ Nguyên nhân: Thường gặp ở người trẻ do ngã, va đập làm gãy ngang răng cửa, hoặc nhai phải sạn làm mẻ các múi răng hàm ở người lớn tuổi...

+ Xử trí:

- Nếu diện gãy chưa phạm vào tủy răng thì được hàn lại.

- Đường gãy phạm vào tủy răng: Lúc này tủy bị hở ra môi trường miệng, nhiễm trùng dẫn tới viêm tủy. Bệnh nhân sẽ đau buốt răng khi ăn nhai chạm vào hoặc có cơn đau của Viêm tủy răng

- Tùy vị trí đường gãy và tình trạng đóng cuống răng, đã hoàn thành hay chưa mà nha sĩ sẽ sử trí khác nhau:

- Nếu răng đã đóng kín cuống, đường gãy ngang hoặc trên mức cổ răng về phía thân: Phần chân răng sẽ được lấy tủy và hàn kín ống tủy ngay để sau này có thể làm răng trụ.

- Nếu răng chưa đóng kín cuống đường gãy cũng như trên: Tủy chỉ nên lấy một phần phía buồng tủy, phần tủy phía chân răng được bảo vệ bằng thuốc Dycal hay hydoxyt calci để chờ đến khi răng đóng kín cuống xong sẽ lấy hết tủy sau.

- Nếu đường gãy nằm ở dưới 1/3 chân răng về phía chóp thường phải chữa tủy răng và mổ lấy bỏ phần gãy phía cuống răng.

***2. Gãy dọc thân và chân răng:***

- Thường gặp ở răng hàm ở người già vì răng khô và giòn.

- Với răng một chân thì phải nhổ bỏ.

- Với răng nhiều chân có thể lấy bỏ một phần ( phần nhỏ) chữa tủy, rồi hàn hay bọc răng lại bằng chụp.

***3. Răng rơi ra khỏi ổ răng:***

- Rửa sạch răng và ổ răng, nên ngâm răng vào nước muối sau khi rơi ra ngoài.

- Cắm răng trở lại ổ răng

- Buộc cố định răng đã cắm lại với các răng lân cận bằng chỉ thép (số 8, hình thang) hay nẹp thép trong 3 tuần

- Theo dõi tình trạng răng và phải điều trị tủy sau khi răng ổn định.

**IV. Áp xe lợi do răng và các viêm tấy lan tỏa ( Phlegmon).**

***1. Áp xe lợi***

- Biểu hiện lâm sàng: Vùng áp xe sưng to, bệnh nhân đau nhức dữ dội có thể có sốt, nổi hạch....

- Áp xe lợi có thể do viêm nha chu thường nằm ở ngang mức chân răng. Nếu do viêm quanh chóp răng thường nằm sâu về phía ngách tiền đình.

- Khám thấy vùng lợi sưng to đã hình thành áp xe thì tiêm phong bế xung quanh xylocain 2% hay bôi benzocain 20% và chích rạch tháo mủ. Chích ngang song song với ngách tiền đình.

- Toàn thân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau....

***2. Viêm tấy lan tỏa.***

- Hay gặp là viêm tấy lan tỏa vùng má, cơ cắn với triệu chứng đau nhức nhiều vùng và sưng to vùng má và cơ cắn, sốt cao, mệt mỏi....Xử trí: Toàn thân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau. Tại chỗ: trích rạch dẫn lưu mủ khi mủ đã tụ thành ổ apxe

- Viêm tấy lan tỏa vùng sàn miệng ( Phlegmon) là một cấp cứu trong răng hàm mặt vì đây là một nhiễm trùng nặng nếu không cấp cứu kịp thời có thể tử vong. Xử trí: Quan trọng nhất là trích rạch dẫn lưu mủ từ vùng sàn miệng, đường rạch ở vùng dưới hàm, song song và cách bờ dưới xương hàm dưới 1-2 cm. Toàn thân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau....

**V. Vết thương phần mềm vùng hàm mặt và gãy xương hàm.**

\*Xử trí ban đầu:

+ Cầm máu: Nếu máu không phụt thành tia thì sau khi rửa sạch vết thương, băng ép chặt máu sẽ cầm. Nếu máu phụt thành tia ta phải dùng kẹp đi kẹp cầm máu và buộc hay khâu chữ X.

+ Làm thông đường thở: các vết thương gãy hàm, có các dị vật hay lưỡi tụt lấp họng cần cấp cứu làm thông đường thở: móc sạch dị vật, khâu kéo và cố định lưỡi ra trước

+ Lau rửa sạch vết thương:

- Với các vết thương phần mềm trên mặt vì có sự cung cấp máu dồi dào và vì lý do thẩm mỹ nên dù tới muộn sau 6 giờ vẫn được khâu.

- Việc khâu đóng của kỹ thuật viên chuyên khoa thành công hay thất bại phụ thuộc vào việc lau rửa tốt vết thương lúc sơ cứu.

- Lau rửa sạch hết đất, dị vật bẩn bằng nước vô trùng, xà phòng và bàn chải mềm.

- Cố định sơ cứu xương gãy: trong các túi cấp cứu, thường có băng quấn cằm đầu để cố định khi có gãy xương hàm trong khi chuyển về chuyên khoa.

- Bệnh nhân được tiêm thuốc giảm đau nhưng không gây ngủ để có điều kiện theo dõi chấn thương sọ não.

**VI. Xử trí cấp cứu khi nhổ răng:**

- Ngoại trừ các trường hợp chảy máu do có tổn thương bệnh lý ở lợi như: u lợi (espulis), ung thư niêm mạc lợi v.v... thường chảy má lợi là do viêm lợi, và viêm nha chu.

- Lợi bị viêm ở quanh cổ răng màu đỏ, sưng nề khẽ chạm (chai răng) là chảy máu. Tuy việc chảy máu này không phải là cấp cứu tức thì nhưng vì kéo dài nên có khi làm bệnh nhân xanh xao, thiếu máu.

- Xử trí tại chỗ bàng cách lấy cao răng, bôi eugenol, rửa bằng nước oxy già 3 thể tích.

**VII. Cấp cứu khi tai biến nhổ răng:**

**1. Ngất:** là trạng thái mất tri giác một phần hay tòan bộ do thiếu oxy trong não.

+ Nguyên nhân: Do bệnh nhân mệt mỏi, đau đớn, mất ngủ, sợ hãi, đói...

+ Lâm sàng: Bệnh nhân xỉu dần, da xanh tái, hoảng hốt lo sợ, mạch nhỏ có khi không bắt được....

+ Xử trí:

- Cho nằm đầu thấp, thoáng khí, nới rộng quần áo...

- Ấn huyệt nhân trung, hợp cốc..

- Nặng dùng Adrenaline 0,01mg/kg cân nặng.

***2. Choáng do thuốc tê:***

+ Nguyên nhân: Do cơ địa mẫn cảm với thuốc tê.

+ Lâm sàng: Sau khi tiêm thuốc tê bệnh nhân có biểu hiện xỉu đi, da xanh tái, buồn nôn hay nôn, mạch nhanh nhỏ có khi không bắt được, huyết áp không đo được, đồng tử dãn

+ Xử trí: Cho nằm đầu thấp, nơi thoáng khí, nới lỏng quần áo.

- Ấn huyệt nhân trung, hợp cốc

- Tiêm Adrenalin: Pha lml = 9 ml nước cất và tiêm 0,1 ml/ kg cân nặng. Hoặc tiêm 1/2 ống -1 ống ở người lớn.

- Theo dõi 10-15 phút và tiếp tục tiêm cho đến khi trở lại bình thường.

***3. Rơi răng vào khí quản, thực quản:***

+ Nguyên nhân : Do tư thế bệnh nhân sai, bác sỹ kẹp răng không chặt..

+ Xử trí:

- Thực quản: Răng sẽ ra ngoài theo phân, khuyên bệnh nhân ăn nhiều chất xơ..

- Khí quản: Đây là tai nạn nghiêm trọng có thể nguy hiểm tới tính mạng. Bệnh nhân ho dữ dội, khó thở dễ tử vong. Nếu răng nhỏ rơi xuông dưới có thể gắp được ra, nếu to mắc ở khí quản thì phải cho thở oxy và mở khí quản

***4. Chảy máu ổ răng sau nhổ răng.***

+ Đây là một cấp cứu thường gặp. Sau khi nhổ răng chừng vài ba tiếng đồng hồ mà máu vẫn chảy từ chỗ nhổ răng. Bệnh nhân lo sợ và khó chịu, vẻ mặt xanh xao.

+Nguyên nhân:

- Do bệnh nhân có bệnh về máu, dị dạng mạch máu.

- Do nhổ răng có tổn thương tổ chức xương ổ răng và phần mềm nhiều.

- Do còn sót tổ chức u hạt.

- Do bệnh nhân không làm đúng theo dặn dò của bác sỹ.

+ Lâm sàng: Chảy máu đỏ tươi từ ổ răng.

+ Xử trí:

- Nạo sạch ổ răng, bỏ hết cục máu đông cũ và nạo hết tổ chức hạt.

- Khâu lợi và lấy mảnh xương vụn

- Sau đó ta đặt gạc cho bệnh nhân cắn lại

- Nếu có gạc cầm máu thì nhét vào ổ răng

- Cho bệnh nhân ngồi chờ sau 15 phút thay gạc nếu máu ngừng chảy là tốt.

- Nếu do bệnh máu thì phải tiêm thuốc cầm máu.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:**

**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:**

1. Bệnh nhân viêm tủy cấp được sử trí như thể nào ở tuyến xã?

A. Mở tủy ngay

B. Đặt thuốc diệt tủy

C. Gây tê lấy tủy ngay

D. Dùng thuốc giảm đau

2. Viêm tủy không điều trị sẽ dẫn đến:

A. Viêm quanh răng

B. Viêm quanh cuống răng

C. Áp xe quanh răng

D. Tiêu cổ răng

3. Trong sang chấn răng nếu đường gãy ngang chưa vào tủy thì cần:

A. Hàn lại

B. Lấy tủy răng

C. Làm bọc răng

D. Để nguyên không điều trị gì.

4. Tai biển choáng do thuốc tê khi nhổ răng là do

A. Bệnh nhân đau

B. Bệnh nhân sợ hãi

C. Cơ địa của bệnh nhân

D. Cơ địa mẫn cảm với thuốc tê

5. Một tai biến trong nhổ răng có thể nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân là:

A. Chảy máu

B. Gẫy răng

C. Răng rơi vào khí quản

D. Răng rơi vào thực quản

PHẦN II: MẮT

Bài 1: GIẢI PHẪU SINH LÝ CƠ QUAN THỊ GIÁC

**MỤC TIÊU**

1. Mô tả được các cấu trúc chính của cơ quan thị giác

2. Trình bày được chức năng chủ yểu của các cấu trúc chính của cơ quan thị giác

**I. Đại cương**

Cơ quan thị giác là giác quan giúp cho ta nhận thức được thế giới bên ngoài thông qua các kích thích ánh sáng dưới dạng hình ảnh và màu sắc. Cơ quan thị giác gồm có 3 phần:

- Các bộ phận phụ của mắt: Hốc mắt, mi mắt, kết mạc và lệ bộ

- Nhãn cầu

- Đường thị giác

***1. Bộ phận bảo vệ nhãn cầu***

- Gồm có: hốc mắt, mi mắt và lệ bộ (bộ máy chế tiết và đường dẫn nước

mắt).

*a. Hốc mắt*

Hốc mắt nằm giữa các xương của sọ và mặt. Trong hốc mắt có chứa nhãn cầu và các cơ ngoại nhãn (đó là các cơ vận động nhãn cầu và mi mắt, thần kinh, mỡ, mạch máu).

+ Hình thể và kích thước hốc mắt

Hốc mắt là hình tháp có 4 mặt, đáy hình chữ nhật ở phía rước, đỉnh quay về phía sau, đáy được mi trên và mi dưới che chở, đỉnh có dây thần kinh thị giác và nhiều mạch máu, thần kinh khác của con mắt đi qua.

+ Các thành của hốc mắt

- Thành trên liên quan với sọ não ở thuỳ trán.

- Thành dưới liên quan với xoang hàm trên.

- Thành trong liên quan với các xoang sàng.

- Thành ngoài rất dày, cấu tạo bởi cánh lớn của xương bướm và phần đứng của xương gò má.

+ Đỉnh của hố mắt

- Đỉnh của hố mắt có lỗ thị giác và một khe hình chữ V.

Chui qua lỗ thị giác có thần kinh thị giác “II”, động mạch trung tâm võng mạc bám vào bờ trong trên lỗ thị giác, có gân cơ nâng mi trên và cơ chéo lớn.

- Khe hình chữ V có 2 phần phần trên được gọi là khe bướm, phần dưới là rãnh bướm hàm. Bám vào giữa khe hình chữ V có một vòng sơ là vòng Zinn. Chui qua vòng zinn để vào hố mắt, có 2 nhánh trên và dưới của dây thần kinh số III, dây thần kinh số VI và dây thần kinh mũi. Chui qua phần trên của khe bướm, tuần tự có dây thần kinh lệ, dây thần kinh trán, tĩnh mạch mắt và dây thần kinh số IV. Nằm trong rãnh bướm hàm, có nhánh dưới hố của dây thần kinh hàm trên.

Khi khe bướm tổn thương có thể do viêm màng xương, viêm xoang, u, phồng động mạch cảnh. Trong xưong hang, chấn thương hố mắt... thì các thành phần nằm trong khe bướm bị tổn thương, do đó gây ra hội chứng khe bướm (hội chứng Rochon - Divignenud). Hội chứng khe bướm gồm các dấu hiệu liệt các cơ vận nhãn, dây III, dây IV và dây VI: giảm mất cảm giác của giác mạc, cảm giác da ở mi trên và lồi mắt nhẹ do tình trạng ứ đọng tuần hoàn tĩnh mạch. Nếu tổn thương ở khe bướm lan rộng sang cả lỗ thị giác thì sẽ có hội chứng đỉnh hố mắt. Ngoài các dấu hiệu của hội chứng khe bướm còn có triệu chứng mù.

*b. Mí mắt*

Mỗi bên mắt có 2 mí (mí trên và mí dưới) cách nhau bởi một khe mi. Mí mắt có chức năng lúc ta thức mí mắt luôn chớp mắt để che bụi và các vật lạ khác, ánh sáng cường độ cao, gió mạnh để nhãn cầu khỏi hại. Mắt chớp, nước mắt láng đều trên lòng đen (giác mạc) làm cho màng này luôn bóng, ướt. Mí mắt nhắm lúc ngủ như chiếc rèm che ánh sáng cho nhãn cầu nghỉ ngơi.

Cấu trúc hai mi gần giống nhau, do dó ở đây chỉ nói cấu tạo mi trên. Từ trước ra sau có:

**Da mi:**Rất mỏng và mịn, tổ chức dưới da rất nhẵn, có tính chất đàn hồi cao, được nuôi dưỡng rất tốt bởi hệ thống mạch máu phong phú, có độ chung rất tốt so với da khác trên cơ thể vì vậy có thể cắt một phần da mi mà không bị co kéo. Do lớp tổ chức dưới da rất nhão, nên mỗi khi mi mắt bị viêm hoặc bị xuất huyết dưới da, thì hiện tượng phù nề và máu tụ rất dễ bị lan rộng. Mỗi khi tiến hành phẫu thuật ở mí, nếu cần vá da, cần chú ý chọn lựa miếng da ghép cho phù họp với da mi để đảm bảo mỹ quan. Thường người ta hay lấy da ở phía sau tai, ở mặt trong cánh tay.

**Lớp cơ:** có 2 loại cơ

+ Cơ vòng cung mi, có những thớ cơ vòng bao quanh khe mi. Mới đầu các sợi cơ bám vào dây chằng mi trong và dây chằng mi ngoài. Các bo cơ vòng nằm sát bờ mi, cạnh hàng trong chân mi được gọi là cơ Riolan.

Cơ vòng cung mi do dây thần kinh số VII điều khiển, động tác là nhắm mắt, khi liệt dây VII mắt không nhắm kín, nhãn cầu đưa lên trên, đó là dấu hiệu Charles - Bell.

+ Cơ nâng mi trên, từ đỉnh hố mắt đi ra phía trước, các thớ cơ bám vào da mi và bờ trên sụn mi. Bao cơ nâng mi dính liền với bao cơ trực trên. Mối liên quan này có ý nghĩa quan trọng về mặt bệnh lý và phẫu thuật. Trong sụp mi bẩm sinh, sụp mi thường kèm theo liệt cơ thẳng trên. Trong phẫu thuật sụp mi có thể tận dụng cơ thẳng trên để nâng mi lên, nếu cơ này còn tốt.

Cơ nâng mi trên do dây thần kinh số III điều khiển, động tác là mở mắt, nếu tổn thương dây III thì mi trên bị sụp.

**Sụn mi**

Sụn mi trên có hình chiếc lá, rộng chừng lcm, phía ngoài rộng hơn phía trong. Sụn mi dưới có hình chữ nhật, rộng chừng 3mm, 2 đầu sụn nối với bờ trong và bờ ngoài của hố mắt bằng dây chằng mi trong và dây chằng mi ngoài. Bờ trên sụn mi trên treo vào bờ hố mắt bởi dây chằng treo sụn.

Trong sụn mi có tuyến Meibomius, còn gọi là tuyến sụn mi. Các ống tiết xếp song song, thẳng góc với bờ mi và mở ra ở phía bờ ngoài.

**Kết mạc:**

Là một màng mỏng, trong đó có nhiều mạch máu. Kết mạc có 3 phần: Kết mạc mi, kết mạc cùng đồ và kết mạc nhãn cầu.

+ Kết mạc mi dính sát vào mặt trong của sụn mi, khi lộn mi ta thấy ở kết mạc nhiều mạch máu nhỏ, các mạch máu xếp thành 2 hàng song song với nhau, một hàng thẳng góc với bờ tự do của mi, một hàng thẳng góc với bờ trên sụn mi. Rải rác kết mạc bờ trên sụn mi có những tể bào tuyến tiết nước mắt được gọi là tuyến Hemle và tuyến Wolfring.

+ Kết mạc cùng đồ tạo thành túi cùng giữa mi và nhãn cầu, rải rác ở kết mạc cùng đồ mi dưới có những tế bào tuyến tiết nước mắt, được gọi là tuyến Krause.

+ Kết mạc nhãn cầu bao bọc mặt ngoài của nhãn cầu. Phần kết mạc chung quanh giác mạc rộng chừng 3mm, dính liền với bao tenon ở phía dưới, tạo thành một lá duy nhất. Rải rác ở kết mạc quanh rìa, có những tế bào tuyến được gọi là tuyến Manz, các tuyến này cũng tiết nước mắt.

+ Động mạch ở kết mạc: có nhóm động mạch mi và động mạch mi trước bắt nguồn từ động mạch lệ và động mạch mũi của mi mắt. Các tĩnh mạch kết mạc đổ về tĩnh mạch mi. Các tĩnh mạch mi trước chảy về các tĩnh mạch cơ.

+ Thần kinh cảm giác của kết mạc từ dây thần kinh VI (thần kinh trán, thần kinh lệ, thần kinh mũi, và dây thần kinh V2 (thần kinh dưới hóc).

+ Các tuyến kết mạc

- Các tuyến tiết nhầy: là các tế bào hình dài nằm ở biểu mô kết mạc.

- Các tuyến lệ phụ: Krause, Walfring. Các tuyến lệ phụ này có ở mô dưới kết mạc, chủ yếu ở mi trên giữa bờ trên sụn và cùng đồ.

*c. Hệ thống lệ*

Hệ thống lệ là bộ phận chế tiết và đường dẫn nước mắt.

- Hệ thống lệ bài tiết nước mắt (có tuyến lệ chính và tuyến lệ phụ).

- Hệ thống dẫn lưu nước mắt (lệ đạo) bao gồm các điểm lệ, các lệ quản, túi lệ và ống lệ mũi.

+ Hệ thống lệ bài tiết nước mắt

- Tuyến lệ chính: nằm ở góc ngoài trên của hố mắt gồm 2 phần, một phần nằm sâu trong hố lệ, sát trần hố mắt, được gọi là tuyến lệ hố măt, còn một phân năm nông ở mi, dưới kết mạc, được gọi là tuyến lệ mi.

- Tuyến lệ phụ: là những tế bào tuyến nằm rải rác ở kết mạc mi, kết mạc cùng đồ và kết mạc nhãn cầu, gồm 2 loại, có loại tiết ra chất nhầy (mucin) nằm rải rác ở kết mạc cùng đồ, có loại tiết ra nước mắt, giống nước mắt của tuyến lệ chính, đó là các tuyến Henle,Wolfring, Krause.

Nước mắt có nhiệm vụ dinh dưỡng và bảo vệ giác mạc. Nước mắt thấm qua lớp biểu bì để nuôi dưỡng giác mạc. Ngoài ra, còn cho giác mạc luôn luôn ướt, bóng và trong suốt. Nếu giác mạc bị khô, giác mạc sẽ đục và thị lực bị giảm.

+ Hệ thống dẫn lưu nước mắt

- Nước mắt do tuyến lệ tiết ra, chan hoà khắp bề mặt kết mạc - giác mạc, rồi theo đường dẫn nước mắt để chảy xuống mũi. Đường dẫn nước mát gọi là lệ đạo.

- Lệ đạo gồm có:

+ Lỗ lệ: có hai lỗ lệ, lỗ lệ trên nằm ở góc trong bờ mi trên, lỗ lệ dưới năm ở góc trong bờ mi dưới.

+ Lệ quản: có 2 lệ quản, lệ quản trên và lệ quản dưới. Lệ quản dẫn nước mắt từ lỗ lệ vào ống chung.

+ Ống lệ, túi lệ nằm trong máng lệ, ở bờ trong hố mắt. Mặt trước túi lệ tiếp giáp với dây chằng mi trong.

+ Ống lệ mũi dẫn nước mắt xuống nũi, mở ra ở ngách mũi dưới

- Khi tuyến lệ đa tiết, túi lệ bị viêm hoặc lệ đạo bị tắc, nước mắt bị ứ đọng lại ở cùng đồ dưới rồi chảy ra má, nó là hiện tượng chảy nước mắt.

**2. Nhãn cầu**

*a. Hình dáng, kích thước của nhãn cầu*

- Nhãn cầu có hình cầu. Trong quá trình phát triển của cơ thể, nhãn cầu cũng to ra. Ở người trưởng thành, đường kính trước sau của nhãn cầu bằng 23- 24mm.

- Nếu đường kính trước sau dài hoặc ngắn hơn 24mm thì mắt bị tật khúc xạ hình cầu.

*b. Vỏ bọc nhãn cầu*

- Lớp vỏ ngoài cùng của nhãn cầu gồm có 2 phần là giác mạc và củng mạc

+ Giác mạc: ở phía trước, giác mạc chiếm 1/5 trước vỏ ngoài cùng của nhãn cầu. Giác mạc có hình chỏm cầu, trong suốt, nhẵn bóng, không có mạch máu và phong phú về thần kinh.

Giác mạc gồm có 5 lớp, lần lượt từ trước ra sau là lớp: Biểu mô, màng Bowman, nhu mô, màng Descement, nội mô. Công suất hội tụ của giác mạc khoảng từ 43D đến 45D, chỉ số khúc xạ là 1,336.

- Ranh giới giữa giác mạc và củng mạc được gọi là vùng rìa giác mạc. Vùng rìa giác mạc có vị trí rất quan trọng trong phẫu thuật mở nhãn cầu.

- Thần kinh cảm giác giác mạc chủ yếu là các dây thần kinh mi xuất phát từ nhánh thần kinh mắt Wilis (VI) của dây thần kinh (V).

+ Củng mạc: là một mô sơ rất dai, dày, đan chéo vào nhau rất vững chắc, màu trắng chiếm 4/5 sau nhãn cầu, độ dày không đều, thay đổi từ 0,6 đến 1,1 mm. Củng mạc phía mũi mỏng hơn củng mạc phía thái dương, củng mạc ở xích đạo mỏng hơn củng mạc ở cực sau. Ở cực sau củng mạc có lỗ thủng, đường kính chừng l,5mm, che lỗ thủng có lá sàng, một lá xơ, mỏng thưa, có nhiều lỗ nhỏ để các sợi thần kinh thị giác chui qua. Thần kinh phần trước củng mạc có các nhánh của dây thần kinh mi dài chi phối. Phần sau củng mạc có các nhánh thần kinh mi ngắn đi từ hạch mi đến chi phối.

*c. Màng mạch (hay gọi là màng bồ đào).*

Màng bồ đào thuộc tổ chức trung phôi gồm 3 phần: mống mắt, thể mi và hắc mạc. Mống mắt và thể mi gọi là màng bồ đào trước, hắc mạc gọi là màng bồ đào sau. Màng bồ đào có 5 nhiệm vụ:

- Bảo đảm dinh dưỡng cho nhãn cầu.

- Tiết ra thủy dịch và điều hoà nhãn áp.

- Điều chỉnh lượng ánh sáng vào trong nhãn cầu.

- Tạo ra buồng tối để ảnh của ngoại vật in rõ nét trên võng mạc.

- Nhiệm vụ điều tiết.

+ Mống mắt: nằm ngay trước thủy tinh thể, phân cách giữa tiền phòng và hậu phòng, tiền phòng ở phía trước mong mắt, được giới hạn bởi mong mắt và mặt sau của giác mạc. Hậu phòng ở phía sau mong mắt, được giới hạn bởi mong mắt và mặt trước của thủy tinh thể. Ở giữa mong mắt có lỗ thủng nhỏ gọi là đồng tử. Kích thước của đồng tử thay đổi khi đồng tử co giãn, để điều hoà lượng ánh sáng vào trong nhãn cầu hoặc khi mắt điều tiết. Mống mắt gồm 3 lớp:

- Lớp nội bì ở phía trước, gồm nhiều tế bào dẹt, không chứa sắc tố, lớp nội bì phủ không kín toàn bộ mặt trước mong mắt, ở các hốc mong mắt không có tế bào nội bì.

- Lớp đệm là một tổ chức xốp, gồm nhiều sợi liên kết, mạch máu, những sợi cơ trơn và tế bào chứa sắc tố. Các sợi cơ trơn xếp thành 2 loại cơ. Cơ vòng đồng tử bao quanh đồng tử, do dây thần kinh số III chi phối và làm co đồng tử; cơ giãn đồng tử xếp thành hình nan hoa, do dây thần kinh giao cảm chi phối và làm giãn đồng tử.

- Lớp biểu bì gồm nhiều tế bào chứa sắc tố, chất sắc tố quyết định mầu sắc của mong mắt.

+ Thể mi: trong thể mi có nhiều nếp gấp, các nếp gấp được gọi là tua mi hay cồn mi. Từ ngoài vào trong, thể mi gồm 5 lớp:

- Lớp thượng hắc rất mỏng, tiếp giáp với củng mạc.

- Lớp cơ gồm những sợi cơ trơn: có 3 loại:

Các thớ cơ dọc, chạy từ trước ra sau, đầu trước cố định, bám vào củng mạc, đầu sau di động, lẫn vào trong lớp hắc mạc. Cơ này được gọi là cơ căng hắc mạc.

Các thớ xếp theo hình nan xe, sắp xếp không rõ rệt, lẫn với các sợi liên kết ở xung quanh và được gọi là cơ Brucke.

Các thớ cơ xếp vòng tròn được sọi là cơ Muller - Rouget.

Cả 3 loại cơ này được gọi chung là cơ điều tiết và do dây thần kinh số III chi phối.

- Lớp đệm là một tổ chức liên kết, gồm nhiều tế bào sắc tố, mạch máu và thần kinh.

- Màng kính trong suốt, rất mỏng, nối tiếp với màng kính của hắc mạc.

- Lớp biểu bì, tế bào ở lớp này chứa nhiều sắc tố, sắc tố ở lớp biểu bì và lớp đệm chi phối màu sắc mống mắt.

Về sinh lý, thể mi có chức năng chế tiết thủy dịch và chức năng điều tiết.

+ Hắc mạc: là phần sau của màng bồ đào có nhiều mạch máu để nuôi dưỡng nhãn cầu, có nhiều tế bào mang sắc tố đen, tạo ra buồng tối để ảnh của ngoại vật in rõ nét trên võng mạc. Hắc mạc có 3 lóp, từ ngoài vào trong là khoảng thượng Hắc Mạc, lớp hắc mạc chính danh, màng Bruch.

+ Mạch máu và hệ thần kinh của màng bồ đào.

- Màng bồ đào do hai hệ thống động mạch nuôi dưỡng là động mạch mi dài sau nuôi dưỡng mống mắt - thế mi, động mạch mi ngắn sau nuôi dưỡng hắc mạc - võng mạc. Tuy hai hệ thống động mạch có nối tiếp với nhau, nhưng nếu nguyên nhân gây bệnh xâm nhập vào nhãn cầu theo hệ thống động mạch mi dài thì tổn thương có thể chỉ khu trú lại ở phần mống mắt và thể mi gây viêm mống mắt - thể mi, nếu xâm nhập theo hệ thống động mạch mi ngắn sẽ gây viêm hắc mạc, nếu tổn thương viêm lan rộng sẽ gây viêm màng bồ đào.

- Tĩnh mạch: Máu từ màng bồ đào theo các tĩnh mạch nhỏ, dồn về bốn tĩnh mạch lớn (tĩnh mạch trích trùng) chảy máu ra ngoài nhãn cầu, rồi theo tĩnh mạch mắt chảy vào xoang tĩnh mạch hang.

- Thần kinh: Có 2 loại sợi thần kinh, thần kinh mi dài và thần kinh mi ngắn, xuyên qua củng mạc ở cực sau nhãn cầu, xung quanh thị thần kinh.

Thần kinh mi dài gồm 2 sợi, nguồn gốc từ nhánh mũi của nhánh thần kinh mắt Wilis (nhánh mắt của thần kinh tam thoa), thuộc loại thần kinh cảm giác các sợi thần kinh giao cảm, từ đám rối động mạch cảnh, chạy vào hạch Gasser, mượn đường của dây thần kinh mắt để tới nhãn cầu bằng những nhánh thần kinh mi dài.

Thần kinh mi ngắn, gồm nhiều sợi xuất phát từ hạch mi (hạch mắt). Hạch mi nằm trong hố mắt, sau nhãn cầu. phía ngoài thần kinh thị giác, được tạo bởi 3 loại sợi.

- Sợi giao cảm thuộc thần kinh giao cảm cổ.

- Sợi giao cảm thuộc nhánh mũi của thần kinh mắt Wilis.

- Sợi vận động thuộc dây thần kinh số III.

Như vậy, các sợi thần kinh mi dài và mi ngắn vừa có nhiệm vụ cảm giác, chi phối cảm giác của toàn bộ nhãn cầu, vừa có nhiệm vụ vận động, chi phối co giãn đồng tử và điều tiết nhìn gần, vừa có nhiệm vụ vận mạch để đảm bảo dinh dưỡng nhãn cầu và điều hoà nhãn áp.

***4. Võng mạc và hệ thần kinh***

Võng mạc là một màng gồm nhiều tế bào thần kinh, rất cảm thụ với ánh sáng. Đó là nơi tiếp nhận các kích thích ánh sáng từ ngoại cảnh, rồi truyền lên vỏ não, trung khu thị giác.

- Võng mạc bọc mặt trong của nhãn cầu, tiếp giáp với mặt trong của hắc mạc. Càng ra phía trước, võng mạc càng mỏng và trở thành võng mạc vô cảm, không cảm thụ được với ánh sáng. Ranh giới giữa phần võng mạc vô cảm và phần có cảm thụ với ánh sáng được gọi là vùng Ora - Serata, cách rìa giác mạc khoảng 7 - 8mm.

- Võng mạc có 10 lớp, cấu tạo bởi bốn tế bào chính: lớp tế bào sắc tố, lớp tế bào chóp và gậy, lớp tế bào 2 cực và lớp tế bào đa cực.

*a. Lớp biểu mô sắc tố:* mặt ngoài dính vào hắc mạc bởi màng Bruck, mặt trong tiếp xúc với lớp tế bào chóp và tế bào gậy. Đó là một lớp biểu bì đơn gồm nhiều tế bào hình trụ, đa giác, nhân bầu dục nằm ngang. Trong nguyên sinh chất có nhiều sắc tố Fuchsin, sắc tố tập trung vào cực trước của tế bào.

- Tế bào sắc tố có khả năng biến dạng, khi tiếp xúc với ánh sáng, nguyên sinh chất của tế bào này dài ra, bao bọc các cực của tế bào chóp và gậy.

- Nhờ có lớp biểu bì sắc tố, nhãn cầu trở thành một buồng lối, ảnh các vật được hiện rõ nét trên võng mạc.

*b. Lớp tế bào chóp và tế bào gậy:* là lớp tế bào chính của võng mạc, tế bào cảm thụ của võng mạc, tiếp thu mọi kích thích của ánh sáng.

Tế bào chóp có đường kính chừng 2-3 pm (micromet) nằm chủ yếu ở vùng hoàng điểm và quanh hoàng điểm, hoạt động trong điều kiện đầy đủ ánh sáng (thị giác ban ngày).

Tế bào chóp dành cho thị giác trung tâm nhìn gần, sắc giác.

+ Tế bào gậy nhỏ hơn tể bào chóp, nằm chủ yếu ở vùng chu biên võng mạc, hoạt động trong điều kiện ánh sáng yếu (thị giác trong tối). Ở những động vật kiếm ăn về đêm, võng mạc chỉ có một loại tế bào gậy.

Hoạt động sinh lý của tế bào chóp và tế bào gậy là nhờ tác động của các chất hoá học như Iodopsin trong tế bào chóp và Rhodopsin trong tế bào gậy.

*c. Tế bào hai cực:* Có nhiệm vụ dẫn truyền xung động thần kinh từ tế bào cảm thụ tới tế bào bạch hạch. Có hai loại tế bào: tế bào 2 cực đa sinap và tế bào 2 cực đơn sinap (loại tế bào này tập trung nhiều quanh vùng hoàng điểm).

*d. Tế bào đa cực:* hay tế bào hạch: ngoài tế bào đa cực, còn có những tế bào Omacrin.

Những tế bào lưỡng cực và tế bào đa cực có nhiệm vụ dần truyền xung động thần kinh từ mắt lên trung khu thị giác ở vỏ não. Ở hoàng điểm, mỗi tế bào chóp được nối tiếp tới một tế bào lưỡng cực và một tế bào đa cực.

- Sợi trục của tế bào đa cực đều hướng về cực sau của nhãn cầu, chui qua lá sàng ra ngoài nhãncầu, tập trung lại thành dây thị giác số II. Ở võng mạc, nơi các sợi trục tập trung lại trước khi ra khỏi nhãn cầu, được gọi là gai thị. Ở gai thị không có tế bào chóp và tế bào gậy nên không có chức năng thị giác. Gai thị giác có đường kính trung bình chừng l,5mm.

*e. Mạch máu võng mạc:* Động mạch trung tâm võng mạc, từ động mạch mắt chạy tới nhãn cầu, cách cực sau nhãn cầu chừng 14mm thì chui vào thị thần kinh, theo trục thần kinh thị giác để đi tới võng mạc. Tới gai thị, động mạch này phân thành 2 nhánh, nhánh trên và nhánh dưới, mỗi nhánh lại phân đôi thành nhánh thái dương và nhánh mũi. Như vậy có tất cả 4 nhánh: động mạch thái dương trên, động mạch thái dương dưới, động mạch mũi trên, động mạch mũi dưới. Các nhánh này tiếp tục phân đôi mãi, chạy vào võng mạc và nuôi dưỡng phần võng mạc tương ứng.

Thí dụ: Động mạch thái dương trên nuôi dưỡng phần võng mạc thái dương trên. Từ 2 nhánh động mạch trên và dưới, còn có 2 nhánh động mạch hoàng điểm, chạy ra ngoài, tới hoàng điểm.

Kèm theo các nhánh động mạch nói trên, còn có các tĩnh mạch.

- Động mạch võng mạc chỉ nuôi dưỡng một phần võng mạc, lớp tế bào đa cực và lưỡng cực. Còn lớp tế bào chóp và tế bào gậy là do động mạch mi ngắn nuôi dưỡng.

- Động mạch võng mạc là những nhánh tận, không tiếp nối với nhau, nếu tắc một nhánh thì phần võng mạc tương ứng sẽ bị tổn hại và bị mất vùng thị trường tương ứng.

- Bằng phương pháp soi đáy mắt, người ta có thể quan sát được tình trạng mắt, thấy rõ chi tiết về tình trạng các mạch máu ở võng mạc, do đó có thể suy ra tình trạng các động mạch và áp lực trong sọ não, trong một số bệnh như cao huyết áp, tăng áp lực sọ não... Cũng vì vậy mà thầy thuốc nhãn khoa đã kết hợp chặt chẽ với các thầy thuốc nội khoa và thần kinh trong phạm vi chẩn đoán bệnh.

***5. Môi trường trong suốt***

- Các môi trường trong suốt của mắt gồm: thủy dịch, thể thủy tinh và dịch kính. Nhờ tính trong suốt của các môi trường đó mà các tia sáng có thể đi qua để tới võng mạc. Nếu môi trường này bị đục thì thị lực sẽ bị giảm.

*a. Thủy dịch:* là một chất lỏng trong suốt, nằm ở tiền phòng và hậu phòng.

-Thành phần hoá học của thuỷ dịch, chủ yếu là nước 98,75%, các chất khác là 1,25% các chất rắn hoà tan trong thủy dịch gồm có:

+ Các protein (albumin, globumin) từ máu sang: 0,02% đường glucose; 0,008% vitamin c, acid lactic, nhiều chất điện giải (Na+, Ca+, K+, Mg+ và cl, p205, S04), các acid amin 0,03% (Histidin, Lysin, Cystin, Tryptophan), các acid amin đều có nguồn gốc từ huyết tương.

+ Các enzym, đặc biệt có men ptrotease có khả năng làm tan rã những mảnh thể thủy tinh vỡ trong tiền phòng. Các mucolysacchrid (acid hyaluronic). Một lượng nhỏ oxy, ure, acid uric, Creatinin.

- Thủy dịch được các tế bào lập phương của các tua mi tiết ra chảy vào hậu phòng. Từ hậu phòng thủy dịch thoát ra ngoài theo 2 đường.

+ Qua góc tiền phòng: 80% thủy dịch từ hậu phòng qua lỗ đồng tử vào tiền phòng, qua bè Trabeculum ở góc tiền phòng đi vào ống Schlemm rồi đi theo các tĩnh mạch trước, đến đám rối tĩnh mạch thượng củng mạc đổ vào hệ thống tuần hoàn tĩnh mạch.

+ Vai trò thủy dịch: Thủy dịch là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến nhãn áp thủy dịch đảm bảo dinh dưỡng cho nhãn cầu.

*b. Thuỷ tinh thể:* trong suốt, có hình thấu kính, 2 mặt lồi, dày chừng 4mm, đường kính 8 - 10mm, bán kính độ cong mặt trước là 10mm, bán kính độ cong của mặt sau là 6 - 8mm. Công suất quang học là 20 - 22D. Thủy tinh thể nằm ngay sau mống mắt, được cố định vào nhãn cầu bằng dây chằng Zinn, nối thủy tinh thể vào thể mi.

- Thủy tinh thể có 2 phần:

+ Màng bọc và nhân màng bọc gồm: màng bọc trước và màng bọc sau.

+ Nhân thủy tinh thể chia làm 2 phần: nhân bào thai được hình thành từ thời kỳ bào thai do lớp liên bào của màng lọc sau tạo thành và nhân trưởng thành do lớp liên bào của màng bọc trước biến đổi tạo thành, trong suốt trong quá trình phát triển của cơ thể.

- Thể thủy tinh hoàn toàn không có mạch máu và thần kinh. Nuôi dưỡng cho thể thủy tinh là nhờ thẩm thấu một cách có chọn lọc từ thủy dịch.

- Vai trò của thể thủy tinh:

+ Công suất hội tụ của thể thuỷ tinh có vai trò quan trọng trong hệ thống khúc xạ, giúp tiêu điểm ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

+ Khả năng thay đổi độ dày của thể thủy tinh gọi là sự điều tiết có tác dụng giúp chúng ta nhìn rõ những vật ở gần.

*c. Dịch kính:* là một chất lỏng như lòng trắng trứng nằm sau thủy tinh thể, chiếm toàn bộ phần sau nhãn cầu, lớp ngoài cùng đặc lại thành màng hyaloid. Ở người dưới 35 tuối màng hyaloid và thủy tinh thể dính với nhau, còn người trên 35 tuổi màng hyaloid và thuỷ tinh tách ra thành khoảng trống Berger.

- Thành phần chính của dịch kính là một protein có cấu trúc dạng sợi tên là vitrein và lấp đầy trong các khoang giữa các sợi là acid hyaluronic.

*6. Các cơ vận động nhãn cầu:*

Có 6 cơ vận nhãn 4 cơ thẳng (cơ thẳng trên, dưới, trong, ngoài) và hai cơ chéo (cơ chéo lớn và bé).

Nguyên uỷ: Bốn cơ thẳng bám vào vùng Zinn ở đỉnh hố mất, cơ chéo lớn bám vào bờ trong trên lồ thị giác, cơ chéo bé bám vào góc dưới trong bờ hố mắt.

Bám tận: Các cơ vận nhãn đều bám tận vào mặt ngoài của nhãn cầu.

*a. Cơ thẳng ngoài:* dài 40,6mm, chạy dọc theo thành ngoài của hốc mất, bám tận cách rìa giác mạc 7mm. Động tác đưa nhãn cầu ra ngoài. Thần kinh chi phối là dây thần kinh VI. Động mạch cung cấp máu là nhánh của động mạch lệ.

*b. Cơ thẳng trong:* Chạy dọc theo thành hố mắt, thân cơ rộng dài 40mm, khoẻ. Chỗ bám tận cách rìa giác mạc từ 5-6mm. Động tác đưa nhãn cầu vào trong. Động mạch cung cấp máu là nhánh cơ dưới của động mạch mắt. Thần kinh chi phối là nhánh của dây thần kinh III

*c. Cơ thẳng trên:* dài 41,8mm, bám vào cực trên của nhãn cầu, cách rìa giác mạc 7,7mm. Phía trên cơ này có cơ nâng mi trên, hai bao của cơ thăng trên và cơ nâng mi trên dính liền vào nhau.

Động tác: Khi mắt ở vị trí nguyên phát, tác dụng chính của cơ này là đưa nhãn cầu lên trên, tác dụng phụ là đưa nhãn cầu và xoáy nhãn cầu vào trong. Thần kinh chi phối là nhánh trên của dây thần kinh III. Động mạch cung cấp máu là nhánh cơ trên của động mạch mắt.

*d. Cơ thẳng dưới:* dài 40mm, bám vào cực dưới của nhãn cầu, cách rìa 6,57mm. Cơ thẳng dưới liên quan chặt chẽ với cơ chéo bé, nằm sát ngay phía dưới, ở phía trước 2 bao cơ dính vào nhau.

Động tác: khi mắt ở vị trí nguyên phát, tác dụng chính của cơ là đưa nhãn cầu xuống dưới, tác dụng phụ là đưa nhãn cầu vào trong và xoáy nhãn cầu ra. Thần kinh chi phối là nhánh của dây thần kinh III. Động mạch cung cấp máu là nhánh của động mạch cơ.

*e. Cơ chéo lớn:* bám vào phía ngoài trên của cực sau nhãn cầu. Đầu sau của đường bám cách thị thần kinh 7mm. Thần kinh chi phối là dây thần kinh IV. Động mạch cung cấp máu là nhánh trên của động mạch cơ.

Động tác: khi mắt ở vị trí nguyên phát, tác dụng chính của cơ là xoáy nhãn cầu vào trong, tác dụng phụ là đưa nhãn cầu xuống dưới và ra ngoài.

*f. Cơ chéo bé:* Bám vào phía ngoài dưới của cực sau nhãn cầu, đầu sau của đường bám cách hoàng điểm 2mm. Cơ chéo bé tạo với trục nhãn cầu một góc là 50°. Cơ chéo bé là cơ vận nhãn ngắn nhất chỉ dài 35 - 37mm.

Động tác: khi mắt ở vị trí nguyên phát, tác dụng chính của cơ là xoáy nhãn cầu ra ngoài, tác dụng phụ là đưa nhãn cầu lên trên và ra ngoài. Cơ chéo bé do dây thần kinh III chi phối. Động mạch cung cấp máu là nhánh trên của động mạch cơ.

**II. Đường thần kinh thị giác và trung tâm thị giác ở vỏ não**

***1. Đường thần kình thị giác***

*a. Sợi trục:* của các tế bào đa cực ở võng mạc, sau khi tập trung ở gai thị, đi ra khỏi nhãn cầu, tạo thành dây thần kinh thị giác (dây số II). Đường thần kinh thị giác từ mắt tới vỏ não ở thùy chẩm gồm có thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, dải thị, thể gối ngoài, tia thị, vỏ não ở thùy chẩm là trung khu thị giác.

*b. Dây thần kinh thị giác:* từ trong hố mắt chui qua lỗ thị giác, đi tới giao thoa thị giác. Ở đỉnh hố mắt dây thần kinh thị giác nằm sát vào thành xoang bướm. Viêm xoang bướm sẽ làm viêm thần kinh thị giác, thị lực bị giảm, nhưng vì tổn thương ở giai đoạn dây thần kinh quá xa nhãn cầu, nên dấu hiệu viêm nhiễm không thể hiện ở gai thị, do đó được gọi là viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

*c. Giao thoa thị giác*: Sợi trục của các tế bào thần kinh ở nửa võng mạc phía thái dương đi thẳng xuống dải thị cùng bên, còn trụ sợi trục của các tế bào thần kinh thuộc nửa võng mạc phía mũi thì bắt chéo, chạy sang dải thị bên kia. Chỗ bắt chéo của các sợi trục được gọi là giao thoa thị giác. Giao thoa thị giác liên quan chặt chẽ với tuyến hạ não và động mạch cảnh trong. Tuyến hạ não nằm sát bên dưới giao thoa. Trong u tuyến hạ não, giao thoa thị giác bị chèn ép, gây ra hiện tượng bán manh không cùng bên (mất hai nửa thị trường thái dương).

*d. Dải thị:*Nối tiếp giữa giao thoa thị giác và thể gối ngoài, cấu tạo bởi sợi trục của tế bào đa giác ở nửa võng mạc phía thái dương của mắt cùng bên và nửa võng mạc phía mũi của mắt bên kia.

- Các sợi trục này tới thể gối ngoài thì dừng lại và tiếp nối với sợi gai của các tế bào thần kinh ở thể gối ngoài.

- Trước khi tới thể gối ngoài có một số sợi thần kinh tách khỏi dải thị, chạy tới nhân III để tạo thành vòng cung phản xạ.

*e. Thể gối ngoài:* là một hạch thần kinh, vỏ ngoài là chất trắng, ở giữa vừa có chất trắng và chất xám, cấu tạo bởi những tế bào thần kinh.

Sợi gai của những tế bào này nối tiếp với sợi trục của tế bào đa cực ở võng mạc còn sợi trục tạo thành tia thị và tận cùng ở vỏ não thùy chẩm.

Khi có tổn thương ở đường thần kinh thị giác, sau giao thoa, sẽ gây ra hiện tượng bán manh cùng bên.

Thí dụ: Tổn thương đường thần kinh thị giác thuộc bán cầu đại não bên phải, mất 2 nửa thị trường bên trái, nghĩa là mắt bên phải mất nửa thị trường phía mũi và mắt bên trái mất nửa thị trường phía thái dương.

***2. Trung khu thị giác ở vỏ não***

Gồm các vùng vỏ não 17, 18 và 19 thuộc vỏ não thùy chẩm, xung quanh rãnh cực (rãnh Calcarine) và lấn một phần vào mặt ngoài thuỳ chẩm. Vùng 17 còn được gọi là diện Brodmanu.

*a. Diện thị giác*

Diện 17 là cơ sở của thị lực trung tâm cũng là vùng cho thị lực cao nhất.

Diện 18 phụ trách cảm giác ánh sáng.

Diện 19 phụ trách các động tác phối hợp của đầu và mặt.

- Hai nửa võng mạc bên phải liên quan đến trung tâm thị giác ở nửa não bên phải.

- Hai nửa võng mạc bên trái liên quan đến trung tâm thị giác ở nửa não bên trái.

- Các sợi phía trên (thuộc nửa trên võng mạc) ở phía trong thể gối, phần trên tia thị giác và tận cùng ở phần trên khe cựa. Các sợi phía dưới (thuộc nửa dưới võng mạc) phân bố ngược lại và tận cùng.

*b. Đường đi của các sợi thị giác đến vỏ não thị giác*

- Các bó thái dương đi dọc theo bờ ngoài của giao thoa thị giác và đi thẳng.

- Các bó phía mũi bắt chéo nhau “ở giao thoa thị giác”.

- Bó hoàng điểm: Các sợi hoàng điểm phía Thái Dương đi thẳng, các sợi hoàng điểm phía mũi bắt chéo.

***3. Tuần hoàn của đường thị giác:***

- Tuần hoàn của đường thị giác được đảm bảo bởi 3 động mạch: Động mạch Sylvius, động mạch hắc mạc trước và động mạch não sau.

- Động mạch hắc mạc trước cung cấp máu cho dải thị giác.

- Động mạch Sylvius nuôi dưỡng phần giữa của tia thị giác.

- Động mạch não sau cung cấp cho đoạn sau của đường thị giác và vùng não thị giác (vùng vỏ chẩm).

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:**

1. Vỏ bọc nhãn cầu gồm mấy lớp :

A. 2 lớp

B. 3 lớp

C. 4 lớp

D. 5 lớp

2. Giác mạc gồm mấy lớp :

A. 3 lớp

B. 4 lớp

C. 5 lớp

D. 6 lớp

3. Cấu tạo của màng bồ đào gồm các phần nào:

A. Mống mắt, hắc mạc

B. Mống mắt, võng mạc , hắc mạc

C. Mống mắt, thể mi, hắc mạc

D. Mống mắt, thể mi, võng mạc

4. Kết mạc bao phủ các phần nào của mắt:

A. Mặt sau mi mắt

B. Mặt trước của giác mạc

C. Mặt sau mi mắt, mặt trước nhãn cầu trừ giác mạc

D. Mặt sau mi mắt, mặt trước nhãn cầu trừ củng mạc

5. Thủy dịch được tiết ra ở đâu:

A. Mống mắt

B. Thể mi

C. Nấp gấp thể mi

D. Hắc mạc

6. Các môi trường trong suốt của mắt gồm:

A. Thủy dịch, thể thủy tinh

B. Thủy dịch , thể thủy tinh , dịch kính

C. Củng mạc, thể thủy tinh, thủy dịch , dịch kính

D. Đồng tử, thể thủy tinh, thủy dịch, dịch kính

7. Cảm giác giác mạc do dây thần kinh nào chi phối:

A. Dây thần kinh số III

B. Dây thần kinh số V

C. Nhánh V1 của dây thần kinh số V

D. Nhánh V2 của dây thần kinh số V

8. Lớp thứ 2 từ ngoài vào của giác mạc là lớp nào:

A. Biểu mô

B. Nhu mô

C. Màng Bowman

D. Màng Descemet

9. Tên gọi khác của màng mạch là:

A. Màng võng mạc

B. Màng củng mạc

C. Màng bồ đào

D. Màng Hyaloid

10. Chức năng nào không thuộc chức năng của mí mắt:

A. Che bụi và các vật lạ

B. Láng đều nước mắt trên giác mạc

C. Tránh ánh sáng cường độ cao

D. Điều chỉnh lượng ánh sáng vào mắt

Bài 2: THỊ LỰC VÀ KHÚC XẠ

**MỤC TIÊU**

1. Tình bày định nghĩa thị lực, tật khúc xạ, phân loại tật khúc xạ và yếu tố ảnh hưởng đến tật khúc xạ .

2. Nêu nguyên tắc đo và đánh giá thị lực

3. Hướng dẫn cộng đồng biết cách phòng cận thị học đường

**I. Thị lực**

***1. Định nghĩa:***

Thị lực là khả năng của mắt nhận thức rõ các chi tiết hay nói một cách chính xác hơn, thị lực là khả năng của mắt nhận thức riêng biệt 2 điểm gần nhau.

***2. Thị lực nhìn xa:***

Là những chữ thử được đọc ở cách 5m.

Thị lực nhìn xa bình thường là 10/10. Nếu thị lực dưới 10/10 thì ghi kết quả theo dòng chữ cuối cùng đọc được. Nếu thị lực dưới 1/10 thì để bệnh nhân lại gần bảng thử:

- Cách 2,5m: Thị lực là 1/20 nếu đọc được dòng 1/10.

- Cách lm: Thị lực là 1/50 nếu đọc được dòng 1/10.

Nếu bệnh nhân không đọc được thì cho đếm ngón tay:

- Nếu đếm ngón tay cách 1 m, thị lực là 1/50.

- Nếu đếm được ngón tay cách 50cm thị lực là 1/100.

Nếu bệnh nhân không đếm được ngón tay thì ta thử khua bàn tay ở trước mắt, trong khu vực thị trường trung tâm (nhận thức được thị lực là 1/200), trên lâm sàng còn gọi là “thấy bóng bàn tay”. Nếu không thấy bóng bàn tay thì đánh giá sự nhận biết ánh sáng (nhận thức sáng - tối) và nhận biết vị trí nguồn sáng (hướng ánh sáng).

Khi không còn nhận biết được ánh sáng thì gọi là thị lực bằng 0.

cần chú ý rằng thị lực phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Độ sáng của nền.

- Độ sáng chung của gian phòng.

- Tương phản của chữ thử.

- Đường kính đồng tử.

***3.Thị lực nhìn gần:***

Đó là một bài đọc có kích thước các chữ nhỏ dần được để ở cách mặt bệnh nhân 30cm.

***4. Đo thị lực khách quan:***

Đo khúc xạ khách quan bằng phương pháp soi bóng đồng tử. Nó cần thiết khi ta muốn biết tật khúc xạ của trẻ em, nhất là khi bị lác mắt hoặc nhược thị.

***5. Các yếu tố ảnh hưởng đến thị lực:***

*a. Ánh sáng:*

Cần chiếu sáng bảng thị lực ít nhất 50 lux (quy định quốc tế là 100 lux). Nếu tăng cường bảng chiếu sáng thị lực lên từ 20 lux đến 360 lux thì thị lực không thay đổi.

Ví dụ: Một bảng thị lực có cường độ chiếu sáng bảng thị lực lên gấp đôi, 60 lux chẳng hạn, thì thị lực không tăng mà vẫn 10/10. Nhưng nếu bảng thị lực tăng lên trên 400 lux, thị lực có tăng lên, nhưng rồi lại tụt nhanh vì chói mắt. Dưới 10 lux thị lực tụt nhanh từ 1 đến 0.

*b. Sự mệt mỏi*

Sự mệt mỏi toàn thân và sự mệt mỏi riêng của mắt làm thị lực tụt rất nhanh. Điều này thấy rõ trong hiện tượng Troxlex khi làm thị trường.

*c. Nhìn bằng 2 mắt:*

Khi nhìn bằng 2 mắt, có sự hỗ trợ nhau, làm tăng thị lực lên một ít.

*d. Bại liệt điều tiết:*

Thị lực giảm nếu bại liệt điều tiết hoàn toàn, bại liệt điều tiết thường đi đôi với giãn đồng tử, vậy trường hợp đó muốn thử thị lực phải cho nhìn qua kính lỗ.

*e. Màu sắc:*

Màu tối làm giảm thị lực: đỏ, xanh đậm.

*f. Bệnh của mắt:*

Cuối cùng, có một số bệnh làm giảm thị lực, ngoài yếu tố quang học: các bệnh làm đục các môi trường chiết quang của mắt, sang chấn, lác...

**II. Khúc xạ**

***1. Tính chất quang học của mắt chính thị và mắt không chính thị:***

Các tia sáng song song từ vô cực tới mắt, sau khi qua các môi trường trong suốt, sẽ hội tụ lại ở tiểu điểm sau F

Nếu tiêu điểm sau F trùng với võng mạc thì mắt là chính thị. Đối với mắt chính thị, ảnh của một vật ở vô cực (cách mắt 5m) sẽ hiện đúng trên võng mạc. Mắt chính thị không cần phải điều tiết cũng nhìn rõ các vật ở vô cực.

Mắt chính thị:

Ở mắt chính thị, hình ảnh của một điểm ở vô cực được tạo thành trên võng mạc, ở trạng thái nghỉ ngơi và không có điều tiết, mắt nhìn thấy hình ảnh rõ nét của một điểm ở vô cực.

Viễn điểm (punctum re motum) là điểm xa nhất mắt vẫn nhìn thấy rõ mà không cần điều tiết: viển điểm của mắt chính thị nằm ở vô cực (về mặt quang học sinh lý, viễn điểm là từ 5m trở ra).

Cận điểm (punctum proximun) là điểm gần nhất mắt có thể nhìn thấy rõ khi điều tiết tối đa.

Điều tiết là đặc tính của thể thuỷ tinh làm tăng công suất của nó lên để cho hình ảnh võng mạc vẫn rõ khi vật di chuyển từ viễn điểm đến cận điểm. Điều tiết là do những biến đổi độ cong và chỉ số khúc xạ thể thuỷ tinh (do co cơ thể mi): thể thuỷ tinh dẹt lại khi nhìn xa và phồng lên khi nhìn gần. Khoảng điều tiết là cự ly từ cận điểm tới viễn điểm.

Biên độ điều tiết là hiệu số khúc xạ giữa mắt nghỉ ngơi và mắt điều tiết tối đa. Nó được biểu hiện bằng điôp và giảm rất nhanh theo tuổi tác (14 điôp ở trẻ em 10 tuổi và 3 điôp ở tuổi 40). Điều tiết bình thường cho phép đọc sách hàng ngày cách mắt 30cm mà không mỏi.

Liệt điều tiết gặp trong trường hợp liệt dây III, dùng thuốc tra mắt có atropin, ngộ độc botulinum và bệnh bạch hầu.

Nếu tiêu điểm sau F không trùng với võng mạc, ở trước hoặc sau võng mạc, thì mắt được coi là không chính thị, nghĩa là có tật khúc xạ. Đối với mắt không chính thị, ảnh của vật ở vô cực không hiện đúng trên võng mạc. Mắt không chính thị, nếu không điều tiết, sẽ nhìn không rõ các vật ở vô cực.

***2. Tật khúc xạ:***

*a. Loạn thị:*

Mắt loạn thị có bán kính độ cong giác mạc ở mọi kinh tuyến không giống nhau nên khúc xạ của mắt theo mọi kinh tuyến cũng khác nhau.

Loạn thị có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc biến chứng của chấn thương giác mạc, của viêm loét giác mạc và quặm.

Người ta phân biệt 2 loại loạn thị chính: Loạn thị không đều, loạn thị đều

- Loạn thị không đều, giác mạc không phẳng, bề mặt giác mạc sần sùi thường hay gặp trong trường hợp sẹo giác mạc.

- Trong loạn thị đều, giác mạc có 2 kinh tuyến chính, 2 kinh tuyến chính bao giờ cũng thẳng góc với nhau. Một kinh tuyến chính có công suất khúc xạ lớn nhất, kinh tuyến chính còn lại kinh tuyến khúc xạ nhỏ nhất, giữa hai kinh tuyến chính là những kinh tuyến có công suất khúc xạ tăng hay giam dần.

Loạn thị đều gồm 3 loại: Loạn thị theo quy tắc, loạn thị không theo quy tắc và loạn thị chéo.

Trong loạn thị theo quy tắc, kinh tuyến dọc là kinh tuyến chính, có công suất khúc xạ lớn nhất, còn kinh tuyến ngang là kinh tuyến chính có công suất khúc xạ nhỏ nhất.

Trong loạn thị không theo quy tắc, kinh tuyến ngang là kinh tuyến chính, có công suất khúc xạ lớn nhất, còn kinh tuyến dọc là kinh tuyến chính có công suất khúc xạ nhỏ nhất.

Trong loạn thị chéo, hai kinh tuyến không phải là những kinh tuyến ngang và dọc.

Loạn thị là do một khuyến tật mặt cầu, chủ yếu là của giác mạc: Hình ảnh của một điểm không còn là một điểm mà là 2 đường thẳng vuông góc gọi là hai đường tiêu.

Mắt loạn thị nhìn mờ ở mọi cự ly gây ra mỏi mắt, khó chịu khi nhìn ngoài sáng và nhầm lẫn một số chữ.

Tuỳ theo vị trí của các đường tiêu đối với võng mạc mà phân biệt ra:

- Loạn thị cận: 2 đường tiêu ở trước võng mạc.

- Loạn thị viễn: 2 đường tiêu ở sau võng mạc.

- Loạn thị hỗn hợp: 1 đường tiêu ở trước và một đường tiêu ở sau võng

mạc.

Điều chỉnh loạn thị bằng kính trụ, công suất kính được biểu đạt bằng điôp dương hoặc điôp âm.

Chỉ tiêu chỉnh loạn thị khi nó lớn hơn 0,75 điôp (dưới mức này là loạn thị sinh lý), thường không nên điều chỉnh hoàn toàn loạn thị.

*b. Mắt cận thị:*

Mắt cận thị có khúc xạ quá lớn so với độ dài của mắt: ảnh của một điểm ở vô cực hiện ở trước võng mạc (viễn điểm nằm trong một khoảng có hạn của nhãn cầu): nhìn xa mờ. Cận điểm gần mắt hơn bình thường: nhìn gần vẫn rõ.

Mắt hội tụ quá mức, giống như một con mắt quá dài, phân biệt ra:

- Cận thị trục, do trục trước - sau của nhãn cầu dài ra.

- Cận thị chỉ số, do giảm bán kính mặt cong của giác mạc và tăng chiết quang của thể thuỷ tinh.

+ Dấu hiệu cơ năng:

- Mắt mờ khi nhìn xa, không hiệu chỉnh được bằng điều tiết.

- Mắt nhìn gần rõ nét.

+ Triệu chứng:

- Kính cầu lõm, biểu thị bằng số điôp âm.

- Kính tiếp xúc.

- Phẫu thuật khúc xạ: Rạch giác mạc hình nan. Phẫu thuật điều trị tật khúc xạ bằng Lasex Excimer.

+ Biến chứng:

- Tổn thương chu biên võng mạc (thoái hoá hàng rào, dạng phấn, vết rách), nguy cơ bong võng mạc.

- Tổn thương hắc mạc và giãn lồi cầu do cận thị. Mắt cận nặng (di truyền, khởi phát sớm).

- Vết xuất huyết Fuchs

- Thoái hóa hoàng điểm.

- Lác phân kỳ ở trẻ em (Lão thị xuất hiện muộn).

*c. Mắt viễn thị:*

Mắt viễn thị có trục nhãn cầu quá ngắn hoặc có khúc xạ yếu hơn so với độ dài của mắt: ảnh của một điểm ở vô cực hiện ở sau võng mạc: nhìn xa mờ, viễn điểm nằm ở sau võng mạc: nhìn gần mờ.

Mắt hội tụ không đủ mức, giống như một mắt quá ngắn. Phân biệt ra:

- Viễn thị trục, do trục trước - sau của nhãn cầu ngắn lại.

- Viễn thị chỉ số, do tăng bán kính mặt cong của giác mạc và giảm chiết quang của thể thuỷ tinh.

+ Dấu hiệu cơ năng:

- Mắt mờ khi nhìn xa

- Mắt mờ khi nhìn gần

Mờ này được hiệu chỉnh bằng điều tiết và bệnh nhân nhìn được 10/10 nhưng mỏi mắt vì phải cố gắng để đưa hình ảnh về võng mạc (gây khó chịu, kích thích mi, chảy nước mắt, sợ sáng, viêm kết mạc dai dẳng và tái diễn).

+ Điều trị:

Nhìn tốt hơn trên nền mầu lục

- Kính cầu lồi: biểu thị bằng số điôp dương

- Kính tiếp xúc

- Phẫu thuật khúc xạ: cho những mắt viễn thị nặng (ghép lạng giác mạc, ghép bồi giác mạc).

+ Biện chứng:

- Glôcôm góc đóng (người già)

- Lác quy tụ ở trẻ em. (lão thị xuất hiện sớm hơn).

*d. Mắt lão thị:*

Sự giảm điều tiết theo tuổi do nhân thể thuỷ tinh to ra, do cơ thể mi yếu đi không thế làm cho các dây Zinn chùng lại được và do giảm tính đàn hồi của bao thể thuỷ tinh.

Khoảng 45 tuổi, mắt bình thường nhìn gần trở nên khó khăn và tình trạng này tăng dần cho đến 60 tuổi. Ở tuổi này, hiệu số khúc xạ giữa nhìn xa (viễn điểm không thay đổi) và nhìn gần (cận điểm xa ra) trung bình là 3,5 điôp.

Điều chỉnh nhìn gần bằng kính hội tụ, mặt lồi. Kính có thể 1 tiêu cự, 2 tiêu cự hoặc nhiều tiêu cự (progressef). Ở mắt viễn thị, lão thị đến sớm hơn, ở mắt cận thị thì muộn hơn, vì thể người cận thị khi đọc sách thường bỏ kính nhìn xa ra.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Thị lực là khả năng của mắt:

A: Nhìn thấy được rõ mọi vật

B: Phân li được 2 điểm riêng biệt sát cạnh nhau

C: Phân biệt được 2 vật riêng biệt sát cạnh nhau

D: Phân biệt được chi tiết các vật

E: Phân biệt được độ tương phản các vật

2. Thị lực xa thường đo ở khoảng cách:

A: 4m

B: 5m

C: 3m

D: 6m

3. Kính lỗ dùng để

A: Điều chỉnh tật khúc xạ

B: Xác định độ cận thị

C: Phân biệt cận thị với viễn thị

D: Phân biệt tật khúc xạ với bệnh đáy mắt

4. Nên thử thị lực :

A: Ngay sau khi bệnh nhân vào trong phòng thử

B: Sau khi bệnh nhân đã thích nghi với sáng trong phòng

C: Sau khi đo nhãn áp

D: Sau khi soi đáy mắt

5. Khi thử thị lực nếu bệnh nhân không đếm được ngón tay cần thử:

A: Hướng ánh sáng

B: Nhận biết sáng tối

C: Nhận biết sáng tối và hướng ánh sáng

D: Thị lực với kính lỗ

E: Thị lực với kính cầu

Bài 3: CHẮP LẸO

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày định nghĩa, triệu chứng lâm sàng, tiến triển, chẩn đoán , điều trị bệnh lẹo?

2. Trình bày định nghĩa, triệu chứng lâm sàng, tiến triển, chấn đoán phân biệt, điều trị bệnh chắp?

3. Phân biệt chắp và lẹo?

**I. Lẹo**

***1. Định nghĩa***

Lẹo là một nhiễm trùng của tuyến bã nhờn ở chân lông mi (tuyến Zeiss) thường do tụ cầu vàng gây nên. Lẹo là một nhọt cấp tính ở bờ tự do của mi mắt, có khả năng sinh mủ.

***2. Lâm sàng:***

Lúc đầu bệnh nhân cảm giác nóng ở bờ mi, vướng, khó chịu và đau khi sờ nắn ngoài da. Khám thấy bờ tự do đỏ một vùng, sau vài ngày có thể thấy một điểm màu vàng, đó gọi là ngòi mủ. Khi ngòi mủ được tháo ra thì các triệu chứng tại chỗ giảm đi ngay, cần làm các xét nghiệm tìm các nguyên nhân gây ra nhọt, trong trường hợp lẹo tái phát, nhất là tìm kiếm đái tháo đường.

***3. Tiến triển***

Lành tính

***4. Điều trị***

Thời gian đầu thì sử dụng kháng sinh tại chỗ. Nếu vài ngày sau không có kết quả, lẹo sưng to, có thể trích, rạch lẹo. Khi lẹo hay tái phát thì cần tìm nguyên nhân gây ra lẹo. Chỉ dùng kháng sinh toàn thân trong trường hợp suy nhược giảm miễn dịch toàn thân trầm trọng. Lẹo ở vùng khoé mắt bên ngoài, cần phân biệt với viêm tuyến lệ cấp tính.

**II. Chắp**

***1. Định nghĩa***

Chắp là một khối sưng lành tính của mi mắt do một tổn thương u hạt, vô trùng, có viêm, phát triển từ sụn của tuyến Meibomius.

***2. Lâm sàng***

Chắp biểu hiện bằng một nốt dưới mi trên hoặc mi dưới, ít đau hoặc không đau, nằm sâu trong mi có thể nắn thấy trong bề dày của mi.

Chắp có thể có nhiều hình thái tuỳ theo vị trí mọc:

- Chắp ngoài: Nốt hình bán cầu, chắc, không đau, nổi lên dưới da.

- Chắp trong: Nốt đau hơn, thấy rõ khi lộn mi.

- Chắp ở bờ tự do: Cục hình nón nhô lên ở kết mạc bờ tự do của mi.

- Viêm sụn tuyến Meibomius: Là sự hợp nhất của nhiều chắp.

***3. Tiến triển***

Tiến triển khác nhau

- Thoái triển ở trẻ em nhưng có nguy cơ tái phát nhiều lần.

- Không tiến triển khi u hạt đã nang hoá.

- Đôi khi biến chứng nụ thịt trên mặt chắp trong.

**4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần loại trừ

- Khối u lành tính của mi (ung thư biểu mô tuyến Meibomius, ung thư biểu mô tế bào đáy của bờ tự do, u lympho kết mạc, các khối di căn).

- Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm giải phẫu bệnh lý một cách hệ thống khi có nghi ngờ.

- Khu trú tại mi mắt của những bệnh nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng hoặc bệnh toàn thân: Giang mai mi mắt, u hạt...

- Các nang bã nhờn hoặc nang dạng bì của đuôi lông mày.

- U nhú của bờ tự do.

***5. Điều trị***

Thời gian đầu bao giờ cũng là điều trị thuốc: thuốc nước và thuốc mỡ tra mắt, kết họp một kháng sinh phổ rộng và một corticoid trong vòng ít nhất 15 ngày.

Trường hợp không kết quả, bắt buộc phải phẫu thuật (rạch và nạo), cần thực hiện ngoài giai đoạn viêm nhiễm và sau khi làm xét nghiệm đông máu (thời gian chảy máu ngoài, thời gian Céphaline - kaolin), kết hợp phân tích, giải phẫu bệnh lý, bệnh phẩm trong trường hợp chắp tái phát.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Chắp là khối sưng lành tính phát triển từ tuyến nào:

A. Tuyến bã nhờn ở chân lông mi

B. Tuyển Zeiss

C. Tuyến Meibomius

D. Kết mạc

2. Lẹo là nhiễm trùng của tuyến bã nhờn nào ở chân lông mi:

A. Tuyến Meibomius

B. Tuyến Zeiss

C. Tuyến chân lông mi

D. Tuyến bờ mi

3. Từ nào còn thiếu ở chỗ trống sau đây: “ Lẹo là nhọt cấp tính ở bờ của mi mắt, có khả năng sinh mủ “

A. Bờ trên

B. Bờ dưới

C. Bờ trong

D. Bờ tự do

4. Bệnh lẹo thời gian đầu nên điều trị kháng sinh:

A. Nhỏ mắt

B. Mỡ tra mắt

C. Toàn thân

D. Tại chỗ

5. Bệnh lẹo thường tiến triển :

A. Lành tính

B. Ác tính

C. Nang hóa

D. Mạn tính

Bài 4: VIÊM KẾT MẠC

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng lâm sàng của viêm kết mạc

2. Nêu được nguyên tắc điều trị

3. Tuyên truyền hướng dẫn được các biện pháp phòng bệnh viêm loét giác mạc ở cộng đồng

Viêm kết mạc là một bệnh rất dễ lây, có khi thành dịch, nhất là vào mùa hè.

**I. Nguyên nhân**

- Nhiễm khuẩn: là tụ cầu, liên cầu, phế cầu, trực khuẩn Loeffler, virus...

- Các yếu tố hoá học: các axit, kiềm, iốt...

- Dị ứng do thuốc, do phấn hoa...

**II. Triệu chứng**

***1. Những dấu hiệu cơ năng:***

- Mắt đỏ

- Mắt không đau hoặc đơn thuần khó chịu, cay mắt, cảm giác đau rát như có dị vật, cát trong mắt.

- Thị lực không giảm tuy nhiên có thể có vướng mắt do tiết tố, sự khó chịu này sẽ mất đi khi chóp mất

- Tăng tiết thanh dịch (gợi ý: căn nguyên virus) hoặc mủ (gợi ý: viêm kết mạc cấp do vi khuẩn có dính mi vào buổi sáng).

- Đôi khi có thể thấy sợ ánh sáng và chảy nước mắt kín đáo mà không có tổn thương giác mạc kèm theo.

***2. Những dấu hiệu thực thể:***

- Mức độ đỏ kết mạc (cương tụ) và phù nề kết mạc

- Không có cương tụ rìa, đỏ mắt ở ngoại vi nhiều hơn ở rìa giác mạc.

- Xuất huyết dưới giác mạc hiếm gặp. Nhưng có thì đặc hiệu cho các viêm kết mạc do Enterovirus (thường có) và do Haemophilus Aegyptus hoặc trực khuẩn Weeks (không thường có).

- Sự có mặt của phù nề kết mạc nhiều gợi ý căn nguyên dị ứng hoặc Adeno Virus.

- Ở kết mạc có thể có nhú gai, hột, màng hoặc giả mạc rất có giá trị chẩn

đoán:

+ Nhú gai (bình thường không thấy) là những chỗ nổi lên của kết mạc ở giữa có mạch máu, do thâm nhiễm bạch cầu, làm cho kết mạc có dạng nổi hạt. Nhú gai gặp trong viêm kết mạc do vi khuẩn hoặc dị ứng (viêm kết mạc mùa xuân).

+ Hột: gặp chủ yếu ở 2 góc và kết mạc cùng đồ dưới. Hột gặp trong viêm kết mạc do Chalamydia (bệnh mắt hột, viêm kết mạc thể vùi).

+ Màng và giả mạc: gợi ý viêm kết mạc do liên cầu (kể cả phế cầu) hoặc bệnh bạch hầu. Khác giả mạc, các màng khi bóc khó khăn và gây chảy máu.

- Tình trạng giác mạc: sau khi tra fluorescein, giác mạc không bắt màu Fluo thì không có viêm giác mạc.

- Tiền phòng, đồng tử và nhãn áp bình thường.

- Hạch trước tai, gợi ý căn nguyên do virus hoặc Chalamydia, trong viêm kết mạc do vi khuẩn thường không có hạch.

**III. Chẩn đoán**

***1. Chẩn đoán xác định***

Phải dựa vào dấu hiệu cơ năng, thực thể và các xét nghiệm bổ sung.

Trong phần lớn các trường hợp, nuôi cấy nước mắt và xét nghiệm tế bào học kết mạc không cần làm trước khi bắt đầu điều trị.

Ngược lại, nuôi cấy nước mắt và kháng sinh đồ là bắt buộc trong trường hợp viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh, viêm kết mạc mủ có giả mạc, loét giác mạc, viêm kết mạc sau mổ, viêm kết mạc không đáp ứng với điều trị.

Xét nghiệm kết mạc gồm:

- Xét nghiệm vi khuẩn: bằng kính phết kết mạc. Trường hợp nghi ngờ do Chalamydia cần nạo kết mạc (xét nghiệm tốt nhất là phân lập trong nuôi cấy tế bào, tuy vậy xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang cũng cho phép chấn đoán).

- Xét nghiệm virus: (ít làm) để tìm thể vùi tế bào, kháng nguyên virus trong tế bào bằng miễn dịch huỳnh quang. Có thể phân lập trên nuôi cấy tế bào.

- Xét nghiệm tế bào: bằng nạo kết mạc, cho thấy ưu thế:

+ Hoặc bạch cầu đa nhân bị biến đổi trong trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn.

+ Hoặc tế bào Lympho trong viêm kết mạc do virus.

+ Hoặc bạch cầu ái toan trong viêm kết mạc dị ứng.

+ Hoặc tế bào có thể vùi gợi ý viêm kết mạc do Chalamydia.

**2. Chẩn đoán phân biệt:**

*a. Giả viêm kết mạc:*

Có thể dễ dàng loại trừ giả viêm kết mạc với những dấu hiệu cơ năng tương tự nhưng không thấy dấu hiệu thực thể nào. Đó có thể là tật khúc xạ, mỏi mắt điều tiết.

*b. Viêm túi lệ:*

Do tắc lệ đạo, cần kiểm tra sự thông suốt lệ đạo trước tất cả các viêm kết mạc kéo dài.

c. Phản ứng kết mạc với dị vật mi mắt:

Cần lộn mi để kiểm tra kết mạc mi và tìm dị vật trong mọi trường hợp viêm kết mạc.

*d. Viêm khô kết mạc*

Tạo nên một bệnh cảnh viêm kết mạc mạn tính hai mắt với những dấu hiệu cơ năng rõ ràng. Chẩn đoán dựa vào những nghiệm pháp phát hiện khô mắt.

Đo lượng nước mắt tiết ra bằng cách đánh giá mức độ ngấm nước mắt vào bằng giấy thấm.

Tiến triển của viêm khô kết mạc thường dài và thường có nhiều biến chứng: viêm giác mạc chấm nông, viêm giác mạc sợi đau rát, khô.

Tiết nước mắt ở người già (teo tuyến lệ) và những nguyên nhân do thuốc (các thuốc liệt thần kinh).

*e. Các nguyên nhân khác:*

Những nguyên nhân chủ yếu khác của đỏ mắt (viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm giác mạc, viêm màng bồ đào, Glocom cấp).

**IV. Thể loại viêm kết mạc**

***1. Viêm kết mạc do vi khuẩn***

*a. Chẩn đoán:* Dựa vào triệu chứng lâm sàng

*b. Nguyên nhân*

- Viêm kết mạc do vi khuẩn thường do cầu khuẩn Gram(+). Tụ cầu vàng hay gặp nhất, tuy vậy cũng gặp cả liên cầu khuẩn (3 tan huyết và phế cầu).

- Trong những vi khuẩn Gram(-) thường gặp nhất là Entérobactérie. Các vi khuẩn mủ xanh là căn nguyên gây loét giác mạc nặng (nhất là ở những người dùng kính tiếp xúc, những người có nhiễm trùng mạn tính do Herpes và những người được điều trị kéo dài bằng những thuốc chống virus hoặc tra mắt bằng Corticoit). Heamophilus là căn nguyên của viêm kết mạc nhầy mủ thành dịch vào mùa hè kèm theo sổ mũi.

Có những hình thái Viêm kết mạc khác hiếm gặp hơn nhiều: Viêm kết mạc do lậu cầu (sau khi mắc bệnh lậu, có rất nhiều mủ), Viêm kết mạc dịch do trực khuẩn Weeks (Viêm kết mạc xuất huyết có tổn thương giác mạc và giãn mạch xảy ra ở các nước nóng ẩm, do Heamophiluss Aegyptus và thường kèm theo bệnh mắt hột), Viêm kết mạc ở góc mắt do Moraxella (rất ngứa).

*c. Điêu trị:*

Một mặt dùng thuốc kháng sinh tra mắt (ít nhất 4 đến 6 lần/ngày), tối nhất là kháng sinh phù hợp với vi khuẩn và kháng sinh đồ, nếu không thì dùng các kháng sinh phổ rộng (Rifamycin, Gentamycin, Bacitracin, Cebemycin, Quinolon thế hệ 2, Chibrocin), mặt khác làm vệ sinh mắt: lau chùi mi, rửa sạch tiết tố.

***2. Viêm kết mạc do virus***

*a. Chẩn đoán:* Dựa vào triệu chứng lâm sàng

*b. Nguyên nhân:*

\* Virus thủy đậu - Zona:

Viêm kết mạc thường lành tính trong khung cảnh hoặc Zona mắt kèm theo loét giác mạc hình cành cây. Điều trị bằng Acyclovir tra mắt.

\* Adenno virus:

Đó là những viêm kết mạc thành dịch nhỏ, thường kèm theo tổn thương giác mạc.

Bệnh lây lan bởi tiết tố viêm, thông qua tay bẩn, lọ thuốc tra mắt, dụng cụ nhãn khoa bị nhiễm trùng.

Thời gian ủ bệnh 2 đến 8 ngày, bệnh biểu hiện qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn kết mạc: Viêm kết mạc có hột cấp, hai mắt và không cân xứng, kèm theo hạch trước tai. Đôi khi có hội chứng cúm và tổn thương tai mũi họng (viêm họng, sổ mũi).

- Giai đoạn giác mạc: sau vài ngày biểu hiện bằng viêm giác mạc chấm nông với những loét nhỏ bắt màu Fluorescein, hoặc viêm giác mạc dưới biểu mô, những tổn thương này nếu có ở trung tâm sẽ gây giảm thị lực.

Điều trị chủ yểu là dự phòng: cách ly người bệnh, sát trùng dụng cụ, dùng thuốc tra mắt riêng, rửa sạch tay...

Điều trị bằng kháng sinh tra mắt để tránh bội nhiễm và trong một số trường hợp bằng thuốc Corticoit (cần loại trừ bệnh căn Herpes và kiểm tra thường xuyên bằng đèn khe).

\* Sốt hạch - họng - kết mạc (APC):

Đó là viêm kết mạc hột kèm theo nổi hạch trước tai, viêm họng rất khó nuốt và viêm mũi.

Bệnh khỏi trong vài ngày, hoặc vài tuần với kháng sinh tra mắt để tránh bội nhiễm vi khuẩn (không có điều trị đặc hiệu).

**3. Viêm kết mạc dị ứng**

*a. Viêm kết giác mạc bọng*

Bệnh ở một mắt, đòi hòi tìm lao sơ nhiễm ở trẻ em hoặc hiếm hơn là dị ứng vi khuẩn.

*b. Viêm kết mạc mùa xuân:*

Là một viêm kết mạc do tăng cảm ứng tức thì loại I, bệnh xảy ra ở những trẻ em cơ địa dị ứng gia đình, phát triển theo mùa.

Những dấu hiệu cơ năng: sợ ánh sáng rõ rệt, chảy nuớc mắt nhiều, ngứa, phù mi, tiết tố sợi quánh. Khi khám toàn bộ kết mạc, sụn mi trên bị bao phủ bởi nhú gai, đó là hình thái đá lát.

Những biến chứng giác mạc (viêm giác mạc chấm nông, loét giác mạc nông hoặc sâu) làm cho bệnh thêm trầm trọng. Nạo kết mạc cho thấy nhiều bạch cầu ái toan trong máu. Các test dị ứng dương tính.

Bệnh tiến triển mỗi năm thành nhiều đợt (bệnh rất khó chịu làm ảnh hưởng đến học tập) và tự khỏi ở tuổi dậy thì. Điều trị chủ yểu nhằm vào triệu chứng có thể rút ngắn đợt phát bệnh.

**4. Viêm kết mạc do Chalamydia:**

*a. Viêm kết mạc bể bơi:*

Là một viêm kết mạc hột có mủ, nổi hạch, xuất hiện thành những dịch nhỏ, dễ lây và có thể truyền nhiễm. Sau thời gian ủ bệnh khoảng chục ngày, bệnh biểu hiện bằng đỏ kết mạc, chủ yếu ở cùng đồ (cùng đồ đỏ màu cà chua) và khỏi không để lại di chứng sau điều trị bằng kháng sinh tra mắt và Tetraxyclin uống.

*b. Bệnh mắt hột:*

Là một viêm kết mạc có hột do Chalamydia Trachomatis. Bệnh dịch dễ lây, tiến triển từ từ, mạn tính, rất phổ biến ở một số nước nghèo: bệnh của nghèo khổ và chung chạ bừa bãi, đây là một nguyên nhân chính gây mù loà trên thế giới.

Bệnh mắt hột biểu hiện bằng những hột trên kết mạc, khi ấn vỡ ra để lại những loét nhỏ (màng máu giác mạc). Vài tháng sau xuất hiện những sẹo co kéo kết mạc (những lõm hột Herbet, những đường Arlt).

Bệnh mắt hột nặng do những biến chứng ở mi (quặm, lông xiêu), kết mạc (co kéo, dính mi - cầu).

Điều trị bằng thuốc tra mắt Xyclin hoặc sulfatmit. Phòng bệnh chủ yếu bằng giáo dục học đường, cần phát hiện sớm (nhà trẻ, học đường). Diệt ruồi là một vấn đề quan trọng đế giảm yếu tố truyền bệnh.

***5. Những trường hợp đặc biệt:***

*a. Viêm kết mạc do ký sinh trùng.*

Ký sinh trùng khu trú ở kết mạc: bệnh giun loa, giun chỉ, giun xoắn, Onchocercose.

*b. Viêm kết mạc do nấm:*

Hiếm gặp, xuất hiện do dùng kéo dài các thuốc tra mắt kháng sinh, Corticoit, hoặc thuốc chống virus, điều trị bằng các thuốc chống nấm tra mắt.

*c. Viêm kết mạc trẻ sơ sinh:*

Viêm kết mạc “lệ”

Ở trẻ sơ sinh, viêm kết mạc có mủ gợi ý trước tiên đến căn nguyên lệ đạo: các đường lệ không thông là căn nguyên viêm túi lệ một hoặc hai mắt. Viêm kết mạc thường một mắt, không có tiết tố và khởi phát 10 đến 12 ngày sau khi sinh. Bệnh có thể tự khỏi trong vài tháng hoặc đòi hỏi thông lệ đạo. Bội nhiễm thường do phế cầu.

\* Viêm kết mạc do lậu cầu

Bệnh hiếm gặp từ khi người ta tra thuốc kháng sinh hoặc Nitrat bạc cho trẻ ngay sau khi sinh. Viêm kết mạc khởi phát 3 đến 5 ngày sau khi sinh. Bệnh ở 2 mắt, tiến triển tối cấp, kết hợp phù mi, nhiều mủ vàng, nguy cơ gây những biến chứng giác mạc nặng rất đáng sợ.

**V. Tiến triển**

Tiến triển thường tốt, bệnh khỏi hoàn toàn và vĩnh viễn, mức độ nhanh chóng tuỳ theo tác nhân gây bệnh. Cũng có thể diễn biến cấp tính làm cho mắt khó chịu nhiều hoặc diễn biến mạn tính, tiến triển âm thầm hơn và điều trị thường khó khăn.

Trong quá trình tiến triển có thể xẩy ra những biến chứng như viêm giác mạc chấm nông hoặc viêm giác mạc dưới biểu mô.

Áp xe giác mạc

Viêm toàn nhãn

Viêm màng bồ đào trước hiếm gặp.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:** Chọn đúng hoặc sai các câu sau:

Câu Nội dung Đ S

1. Dấu hiệu cơ năng của bệnh viêm kết mạc cấp là tăng tiết thanh dịch ( gợi ý căn nguyên do virus )

2. Dấu hiệu cơ năng của bệnh viêm kết mạc cấp là tăng tiết mủ (gợi ý căn nguyên do vi khuẩn)

3. Trong bệnh viêm kết mạc thị lực giảm

4. Triệu chứng thực thể của bệnh viêm kết mạc cấp là có cương tụ rìa.

5. Triệu chứng thực thể của bệnh viêm kết mạc cấp là đỏ mắt ở ngoại vi nhiều hơn ở rìa giác mạc.

Bài 5: VIÊM LOÉT GIÁC MẠC

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được nguyên nhân và triệu chứng lâm sàng của viêm loét giác mạc

2. Nêu được nguyên tắc điều trị

3. Tuyên truyền hướng dẫn được các biện pháp phòng bệnh viêm loét giác mạc ở cộng đồng

**I. Đặc điểm:**

- Mang tính chất phổ biến: vì giác mạc là bộ phận đầu tiên thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với môi trường bên ngoài —» các vi chấn thương vào nhãn cầu phần lớn đi qua giác mạc.

- Mang tính chất trầm trọng: vì loét giác mạc là hoại tử —> nên ít hoặc nhiều cũng sẽ để lại vết sẹo trên giác mạc —» mất tính chất trong suốt của giác mạc —» thị lực giảm.

- Mang tính chất cấp cứu: loét giác mạc -» làm trơ các đầu mút thần kinh giác mạc -» đau rức, hoang mang + tính chất hoại tử tổ chức —> bệnh nhân đau nhức + bị ổ loét to và rộng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời,

**II. Nguyên nhân**

***1. Do vi khuẩn:***

- Mọi vi khẩn đều có thể gây viêm loét giác mạc

Ví dụ: Giang mai, liên cầu. Đặc biệt là:

+ Staphyloccus (tụ cầu).

+ Neisseria Gonoưhea (lậu cầu)

+ Pseudomonas Aerigunosa (trực khuẩn mủ xanh)

- Vào theo đường ngoại sinh:

+ Không khí

+ Nước rửa

+ Tác nhân gây vi chấn thương: hạt bụi, hạt thóc, lá lúa...

- Vào theo đường nội sinh:

+ Theo đường máu: chủ yếu.

Loét ở rìa giác mạc: giang mai, tụ cầu, liên cầu, đôi khi là lậu cầu

Viêm nội mô + Descement

Viêm nhu mô giác mạc: do Herpes

+ Những vi khuẩn cơ hội: bình thường trong túi cùng kết mạc, bờ mi, đường lệ đạo có nhiều loại vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng có khả năng gây bệnh nhưng chúng tạo nên 1 quần thể sinh thái cân bằng.

Khi có điều kiện thuận lợi (cơ hội: dùng kháng sinh hoặc corticoid tra nhỏ mắt kéo dài không cần thiết, suy giảm sức đề kháng của cơ thể do mắc các bệnh miễn dịch hoặc bệnh toàn thân nặng, thay đổi nội tiết, mất tính nguyên vẹn của các bộ phận lân cận: đặc biệt là giác mạc, xước trợt biểu mô giác mạc...) thì một trong các loại vi khuẩn trên đây có thể thành độc tính 🡪 có khả năng gây bệnh.

***2. Do nấm***

- Đặc biệt có nhiều ở các nước nhiệt đới

- Nấm: Candida, Aspergillus, Cephalosporium.

- Khi có tác nhân lông gia cầm hoặc thảo mộc quệt vào mắt, bắn vào mắt.

- Đặc điểm của loét giác mạc do nấm:

+ Tạo khuẩn lạc cứng có màu vàng chanh như một cái vẩy đậy ở phía trước ổ loét 🡪 dễ lầm ổ loét đã khỏi.

+ Dấu hiệu mủ tiền phòng thoắt ẩn, thoắt hiện.

+ Lấy vẩy đậy ở ổ loét đi xét nghiệm soi tươi và nuôi cấy 🡪 thấy nấm.

+ Điều trị nói chung rất khó và kéo dài. Mặt khác liều điều trị trên nấm có thể gây nhiễm độc toàn thân.

***3. Do Virus:*** chủ yếu là:

- Virus Herpes và virus Zona 🡪 có cấu trúc gần giống nhau: vỏ bằng protein, lõi là ARN hoặc AND 🡪 là những virus ái thần kinh ngoại mô.

***4. Loét giác mạc dinh dưỡng***

- Liệt dây thần kinh ngoại biên 🡪 gây hở giác mạc + giác mạc không có film nước mắt 🡪 tế bào biểu mô chết nhanh và chết nhiều do không được nuôi dưỡng 🡪 loét.

🡪 Điều trị: dùng 1 lớp fomat (mỡ) kháng sinh phủ phía trước giác mạc hoặc khâu hai mí mắt lại.

- Liệt dây V (V1) (trách nhiệm chi phối toàn bộ cảm giác nhãn cầu) 🡪 giác mạc mất cảm giác 🡪 không đáp ứng và không cảm giác với mọi tác nhân chấn thương + giác mạc không được dinh dưỡng (do dây V liệt) 🡪 loét giác mạc 🡪 điều trị khó.

- Hở khuyết mi bẩm sinh hoặc mắc phải do chấn thương hoặc do bỏng mắt.

Cơ chế: Hở giác mạc 🡪 không có film nước mắt 🡪 loét.

- Thiếu Vitamin A: chức năng

+ Sinh trưởng: thể chất và p cơ thể 🡪 thiếu Vitamin A cơ thể còi cọc và trí tuệ kém phát triển.

+ Dinh dưỡng cho tất cả các tế bào lót cho cơ thể: tế bào da, tế bào niêm mạc... 🡪 thiếu Vitamin A 🡪 tế bào lót dễ bị sừng hoá và chóng chết 🡪 gây viêm giác mạc do thiếu Vitamin A 🡪 Xerophthalmia (khô nhuyễn giác mạc do thiếu Vitamin A)

+ Nhìn: Tiền Vitamin A (Caroten) Rhodosin (chất quang hoá) được tạo nên trong buồng tối, làm chức năng nhìn 🡪 tái tạo trở thành Caroten.

***5. Loét giác mạc do điều trị phản khoa học.***

- Điều trị viêm kết mạc bằng đắp thịt đùi ếch nhái 🡪 thường xuyên có ấu trùng sán nhái trong tổ chức hốc mắt 🡪 gây loét giác mạc.

- Điều trị mộng thịt: cắt mộng hoặc đánh mộng bằng lông gà, lông ngỗng (có rất nhiều nấm, vi khuẩn, virus) 🡪 gây loét giác mạc do nấm.

Hoặc bằng nứa tre (tươi: có nhiều trực khuẩn mủ xanh, khô: có nhiều vi khuẩn, virus, nấm) 🡪 loét giác mạc.

Hoặc dùng lưỡi để đánh mộng 🡪 loét giác mạc (có nhiều virus, vi khuẩn, nấm Cadida).

**III. Các điều kiện thuận lợi**

***1. Có một chấn thương vào giác mạc dù là rất nhỏ:*** Gặp trong công nghiệp (phôi bào, phôi tiện...) 🡪 gây mất tính nguyên vẹn của biểu mô giác mạc 🡪 tạo cho vi khuẩn cơ hội có điều kiện xâm nhập.

Gặp trong sinh hoạt: các hạt bụi cát bay vào mắt 🡪 loét giác mạc.

Gặp trong nông nghiệp: hạt thóc, hạt lúa bay vào mắt theo nhiều tác nhân gây bệnh.

***2. Tính không nguyên vẹn của bộ phận phụ cận.***

+ Mi mắt

- Lông quặm

- Lông xiêu (thường là biến chứng của mắt hột hoặc di chứng của bỏng và chấn thương)

Nếu có vài lông mi 🡪 gọi là lông xiêu 🡪 nhổ và đốt nang lông Nếu có > 1/3 số lông mi chọc vào giác mạc 🡪 lông quặm 🡪 nhỏ.

- Khuyết hở mi bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Hở mi do liệt dây VII

- Viêm bờ mi cấp hoặc mạn.

- Sạn vôi mí trên: cơ chế giống như lông quặm và lông xiêu: mỗi lần chớp mắt 🡪 chà sát lên giác mạc 🡪 tổn thương biểu mô 🡪 dần dần nặng lên 🡪 viêm loét giác mạc.

+ Lệ đạo: các tắc hoặc bán tắc 🡪 ứ đọng nước mắt trong đường lệ 🡪 dễ gây viêm mủ đường dẫn lệ 🡪 có thể trào ngược trở lại gây viêm loét giác mạc...

+ Giác mạc:

- Mất cảm giác (do liệt dây V) 🡪 loét giác mạc dinh dưỡng

- Có sẹo cũ: dễ viêm tái phát.

+ Có những điều kiện thuận lợi

- Dùng kháng sinh hoặc Corticoid tra nhỏ mắt kéo dài không cần thiết.

- Cơ thể bị suy giảm miễn dịch có thể do dùng thuốc ức chế miễn dịch, hoặc mắc các bệnh toàn thân nặng.

- Thay đổi nội tiết: đặc biệt rõ đối với tác nhân Herpes.

**IV. Triệu chứng chung của loét giác mạc**

**1. Cơ năng**

- Kích thích: đau rức, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, kích thích càng nhiều nếu ổ loét càng rộng và càng nông.

- Nhìn mờ: mờ ít hay nhiều tuỳ thuộc vào ổ loét nông hay sâu, ngoại vi ở trung tâm nhỏ hay lớn.

2. Thực thể:

- Có dấu hiệu Cương tụ rìa (+) 🡪 (+++) (cương tụ nhẹ 🡪 cương tụ nặng): do cương tụ mạch máu, nhất là động mạch mi ngắn trước.

- Có ổ loét trên giác mạc

+ Vị trí: do chấn thương ban đầu, do vị trí của sẹo cũ.

Nếu loét do tụ cầu, liên cầu ... 🡪 loét thường ở chu vi giác mạc.

+ Hình thể và mầu sắc ổ loét trắng, bẩn, hình thể tuỳ theo tác nhân: như đầu đinh ghim: với tụ cầu hay như hình cung với trực khuấn mủ xanh, hay như hình bản đồ với Herpes.

+ Kích thước

+ Đáy ổ loét: thường lõm sâu xuống so với tổ chức giác mạc lành như hình một lòng chảo và chứa các chất loại trừ khi làm nghiệm pháp nhuộm mầu fluorecein hoặc thuốc đỏ 🡪 có kết quả Fluo (+) (ổ loét bắt màu thuốc nhuộm).

Hoại tử có thể ít hoặc nhiều, nhanh hay chậm tuỳ theo tác nhân gây bệnh.

Ví dụ: Herpes 🡪 chậm, trực khuẩn mủ xanh, lậu cầu 🡪 nhanh.

+ Bờ ổ loét: thường phù nề thâm nhiễm 🡪 làm cho giác mạc ở đây mờ hơn và nổi cao hơn so với giác mạc lành.

Tác nhân gây bệnh ăn ở dưới bờ ổ loét, tạo một đường ngâm và từ đây tạo một ổ loét mới.

- Cảm giác giác mạc.

+ Thường tăng lên với tác nhân vi khuẩn

+ Thường giảm hoặc mất đi với tác nhân virus - ở ổ loét, bờ ổ loét.

- Phản ứng của tiền phòng (phản ứng màng bồ đào trước): luôn có phản ứng tiền phòng (vì loét giác mạc 🡪 tác nhân gây bệnh ở bờ ô loét 🡪 lan ra xương và đầu mạch máu vùng rìa 🡪 huy động các yếu tố viêm đến 🡪 dịch gỉ viêm tập trung nhiều trong thủy dịch có nhiều yếu tố viêm.

Mức độ phản ứng:

+ Tyndal (+): Là dấu hiệu nhẹ (ở tự nhiên: ở buổi sáng, có ánh sáng chiếu qua lỗ trần nhà 🡪 tia sáng chiếu xuống 🡪 thấy các hạt bụi vận cuộn như chuyển động (Brown of photon) ánh sáng rất nhỏ nét chiếu qua tiền phòng 🡪 thấy thuỷ dịch cuồn cuộn.

+ Mủ tiền phòng: là dấu hiệu nặng. Các tế bào viêm và tác nhân viêm lắng đọng xuống phía dưới.

- Mủ vô trùng: loét nhưng chưa thủng giác mạc.

- Mủ hữu trùng: loét có thủng giác mạc.

- Các triệu chứng khác:

+ Thị lực giảm: 7/10 🡪 thấy bóng bàn tay 🡪 sáng tối (+)

+ Nhãn áp: phần lớn bình thường, có thể tăng do thủy dịch tăng tiết, tăng các yếu tố trong thủy dịch.

+ Đồng tử, thể thủy tinh, đáy mắt - có thể bình thường, bệnh lý tuỳ ca.

Ví dụ: phản ứng màng bồ đào trước 🡪 có thể gây dính đồng tử.

Phản ứng màng bồ đào sau 🡪 có thể gây đục thủy tinh thể.

3. Tiến triển

- Tốt: ổ loét dừng lại, khỏi thành sẹo.

- Xấu: ổ loét tiếp tục to ra, ăn sâu hon nhưng chưa thủng 🡪 khỏi 🡪 tạo sẹo lớn hơn và dày.

- Rất xấu: mặc dù được điều trị tích cực mà ổ loét vẫn tiếp tục lan rộng, sâu 🡪 gây thủng giác mạc 🡪 gây viêm mủ ổ nhãn 🡪 chỉ còn cách khoét bỏ.

**V. Một số loét giác mạc thưòng gặp**

***1. Loét giác mạc do lậu cầu (Gono)***

*a. Tính chất sinh vật hoá học*

- Song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

- Thời gian ủ bệnh 2 đến 4 ngày - dưới 7 ngày.

*b. Cơ chế lây chuyển với tuần đầu lậu cầu mắt.*

- Lậu cầu không có trong máu, thường gây bệnh ở bộ phận sinh dục

- Chia các cơ chế:

+ Trẻ sơ sinh:

Bị trong tuần đầu: do mẹ bị lậu sinh dục 🡪 truyền vào mắt con trong quá trình đẻ. Thường bị cả hai mắt mang tính chất tối cấp.

Bị sau 1 tuần: do y tế: thuốc nhỏ mắt, nước tắm, bông, gạc, làm nhiễm lậu cầu từ 1 sản phụ hoặc đứa trẻ sơ sinh bị lậu khác vào mắt đứa trẻ.

+ Thiếu niên - nhi đồng:

Dùng chung đồ với người lớn bị lậu sinh dục (nước rửa, khăn mặt...).

Do đi tắm ở bể bơi

+ Người trưởng thành:

Người có quan hệ tình dục: do quan hệ với người bị lậu sinh dục rôi làm nhiễm lậu lên mắt theo cơ chế tay - mắt. Thường bị 1 mắt.

Dùng chung đồ với người bị lậu.

*c. Triệu chứng:*

Mang tính chất rất cấp tính: hoại tử mủ rất nhanh và rầm rộ, mủ rất nhiều, loãng trắng hoặc trắng ngà (2 mắt trẻ sơ sinh dính tịt và có dòng mủ trắng chảy ra bên khoé mắt. Kiểm tra: vén mi ra 🡪 mủ bật ra rất nhiều 🡪 rửa sạch 🡪 chỉ 5 phút 🡪 vén mi 🡪 mủ lại trào ra).

Biểu hiện sớm nhất (ban đầu) thường là viêm kết mạc cấp có hoại tử mủ 🡪 làm cho kết mạc đặc biệt là kết mạc nhãn cầu, dày lên và tăng sản. có thể bò vào 1 phần của vùng rìa giác mạc và che phủ phần giác mạc này.

Khi dùng que thủy tinh lật phần giác mạc này lên thì thấy những ổ viêm nhỏ thuộc bình diện biểu mô và dưới biểu mô giác mạc 🡪 những ổ viêm phát triển rất nhanh, tạo lên những ổ loét giác mạc hình răng cưa 🡪 những ổ loét này rất nhanh đúc nhập với nhau để tạo nên 1 ổ loét giác mạc lớn.

*d. Chẩn đoán: Lâm sàng + xét nghiệm*

Lấy mủ phết lên lam kính 🡪 nhuộm Giemsa 🡪 soi tươi thấy lậu cầu (thấy Gono (+)).

\* Điều trị: có nhiều thuốc đặc trị:

- Penicillin:

+ Pha rỏ liên tục 3 đến 5 phút/lần x 2 đến 3 giọt/lần, nồng độ Penicillin 20.000 đến 30.000 UI/ml.

+ Pha để truyền rửa.

Dòng Penicillin 30 - 40 giọt/phút để cho dịch chảy từ góc trong 🡪 góc ngoài nồng độ Penicillin 20.000 UI/ml.

+ Tiêm bắp hoặc tiêm dưới kết mạc: áp dụng cho người lớn vì rất đau.

Nhỏ đến khi hết mủ 1 ngày thì dừng lại.

***2. Loét giác mạc ngày mùa (loét giác mạc do trực khuẩn mủ xanh)***

*a. Thường do các tác nhân thực vật tươi quệt bắn vào mắt:* hạt thóc, lá lúa. Bệnh thường xẩy ra cả năm, đặc biệt vào những ngày thu hoạch lúa 🡪 thường gặp ở nông thôn.

*b. Tuỳ theo vị trí tổn thương giác mạc ban đầu* mà tạo thành ổ loét ở những vị trí khác nhau.

*c. Trực khuẩn mủ xanh gây hoại tử giác mạc rất nhanh* và mạnh do tiết ra hai loại men.

- Collagenase 🡪 tiêu các sợi Collagen.

- Protease 🡪 tiêu các chất gắn giữa các sợi Collagen 🡪 lỏng lẻo các sợi Collagen.

Ổ loét điển hình nhất khi ở rìa giác mạc, có hình cung (lưu ý hình cung chỉ có ở những ngày đầu), cách rìa một khoảng giác mạc tương đối lành.

Ổ loét tiến triển theo nhiều hướng:

- Hướng tâm

- Hướng chu vi (cả về phía củng mạc)

- Hướng đào sâu: 🡪 Tạo một ổ loét rộng + sâu + nhiều khả năng gây thủng

*d. Bệnh biếu hiện thường sau khi bị tác nhân bắn* vào mắt 24 giờ với các triệu chứng: mắt đỏ, nhìn mờ... Sau 48 giờ 🡪 có hoại tử.

*e. Thái độ xử trí:*

- Chân đoán: Hỏi tiền sử (các tác nhân thảo mộc tươi) hình ảnh lâm sàng.

- Xử trí: lấy chất hoại tử 🡪 soi tươi, nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

- Điều trị đặc trị ngay (không cần phải chờ kết quả xét nghiệm).

+ Gentamycin ống 80mg X 2 - 4 ống/24h.

- Dùng 1/2 tổng số liều (pha giỏ nồng độ Gentamycin 0,3% giỏ 5-10- 1571ần), tiêm dưới kết mạc hoặc tiêm cạnh nhãn cầu.

- Dùng 1/2 tổng số liều tiêm bắp.

+ Tobramycin: Tác dụng tốt mạnh 2 - 4 lần so với Gentamvcin.

Biệt dược Nebcin: 2 - 3g/24h (với người lớn).

- Dạng dung dịch Tobrex: giỏ, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch (lưu ý: không dùng Tobradex vì có Dexamethason)

- Khi có kết quả kháng sinh đồ -» chỉnh lại kháng sinh cho thích hợp.

**3. Viêm loét giác mạc do Herpes:**

*a. Hình thái lâm sàng:*

- Herpes là virus ái thần kinh ngoại mô (Giống Zona), hay gây bệnh ở dây thần kinh V 🡪 giác mạc, nông hoặc giây thần kinh liên sườn.

- Có 4 hình thái:

- Loét ở bình diện biểu mô, có cành cây

+ Loét qua bình diện biểu mô, ăn sâu vào nhu mô, lâm sàng có hình bản đồ (hình amib, biến hình).

+ Loét hoàn toàn ở lớp nhu mô (viêm giác mạc sâu, viêm giác mạc hình

đĩa).

+ Viêm nội mô của giác mạc

b. Đặc tính: tái phát thường xuyên, do:

- Herpes khi vào cơ thể thì không bao giờ bị mất đi

- Khi không gây bệnh 🡪 tồn tại ở dạng thể vùi Lipchute: tồn tại ở các dây thần kinh, hạch thần kinh hoặc tổ chức mà nó gây bệnh.

- Herpes có thể kích thích cơ thể sản sinh ra kháng thể nhưng kháng thể lại không tới được giác mạc.

- Đậm độ kháng thể trong máu không đủ để tiêu diệt Herpes đặc biệt ở dạng thể vùi đã cư trú ở các hạch thần kinh hoặc các dây thần kinh.

- Tổn thương mới nhất, sớm nhất biểu hiện bằng các nốt phỏng (các bọng nước) ở bình diện biểu mô hoặc dưới biểu mô giác mạc. Những mụn phỏng này sắp xếp theo hình cành cây với những nhánh dài ngắn khác nhau nhưng rất nhanh và dễ vỡ để tạo nên 1 vùng mất chất có hình cành cây.

- Điều trị tốt:

+ Hình cành cây biến mất 🡪 để lại vết sẹo hình cành cây + vẫn tiến triển: hướng tâm, chu vi, đào sâu

🡪 tạo ổ loét Amib, hình bản đồ và biến hình hàng ngày 🡪 tạo ô loét giác mạc biển hình hoặc ổ loét giác mạc hình bản đồ.

*c. Điều trị*

- Hiện chưa có thuốc đặc trị

- Phương pháp đặc trị có kết quả tương đối:

- Dùng những hoá chât tương tự hoặc giống như các base để tổng hợp chuỗi xoắn kép.

Ví dụ: uridin, cystein...đã được thay thế 1 nguyên tô trong công thức hóa học của nó 🡪 làm cho những virus tổng hợp nên nhũng virus không hoàn chỉnh Thuốc: idu, idc, araa..

+ Thuốc ngăn chặn quá trình lắp ghép: Rifampycin 🡪 tác dụng không cho 2 thành phần của vi khuẩn kết hợp với nhau.

Nhược điểm: gây độc cho tế bào vì cơ thể cũng tổng hợp tế bào không hoàn chỉnh

+ Interferon

+ Các thuốc chống hoại tử và tăng cường dinh dưỡng:

\* Hay dùng huyết thanh tự thân: có thành phần MAcoglobulin (có cấu trúc phân tử lớn) 🡪 ức chế men Collagenase 🡪 ngăn chặn quá trình phát triển của cơ thể.

\* Tăng cường dinh dưỡng: CB2 nhỏ, tiêm Divascol cạnh nhãn cầu, các kháng sinh chống bội nhiễm.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ: Chọn đúng hoặc sai các câu sau:

1. Trong bệnh viêm loét giác mạc thị lực không giảm

2. Viêm loét giác mạc thường để lại sẹo trên giác mạc

3. Loét giác mạc dinh dưỡng do liệt thần kinh ngoại biên không có film nước mắt tế bào biểu mô không được nuôi dưỡng

4. Viêm loét giác mạc do trực khuẩn mủ xanh thường tạo ổ loét nông ít lây lan

5. Trong điều trị viêm loét giác mạc nên dùng thuốc nhỏ mắt có corticoid

6.Loét giác mạc do dinh dưỡng cảm giác giác mạc mất do liệt dây thần kinh V

Bài 6: VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được các triệu chứng chính của viêm màng bồ đào

2. Giải thích được cơ chế, các biến chứng của viêm màng bồ đào

3. Nêu được nguyên tắc điều trị bệnh viêm màng bồ đào

4. Hướng dẫn cho bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa kịp thời

Màng bồ đào là một màng mạch máu dầy đặc, cấu tạo thành lớp bọc thứ hai của nhãn cầu.

Màng bồ đào gồm 3 phần: Mống mắt, thể mi và hắc mạc.

- Mống mắt và thể mi gọi là màng bồ đào trước.

- Hắc mạc gọi là màng bồ đào sau.

**I. Viêm mống mắt**

***1. Các triệu chứng chủ quan***

- Đau nhức mắt âm ỉ. Đau giảm sau khi làm giãn đồng tử làm đứt các chỗ dính mống mắt.

- Thị lực giảm

- Do kích thích các nhánh cuối của dây thần kinh sinh ba nên bệnh nhân bị: sợ ánh sáng, chảy nước mắt, co quắp mi.

***2. Các triệu chứng khách quan***

- Cương tụ rìa giác mạc

- Mống mắt mất sắc bóng, trở nên đục bẩn, các hốc của mống mắt bị xóa mờ.

- Đồng tử hơi co lại, bờ đồng tử không đều, có chỗ có tiết tố màu vàng nhạt hay trắng; sau khi kiểm tra nhãn áp, rỏ atropin 1% có thể làm lộ rõ các chỗ dính mống mắt. Trường hợp nhẹ, mới, chỗ dính mống mắt mỏng, nhỏ, dễ dứt đứt bằng cách rỏ Atropin; nếu bị viêm nặng, chỗ dính mống mắt dày, màu xám, rỏ Atropin không có tác dụng.

- Với đèn khe, ta có thê thấy dấu hiệu đục thuỷ tinh dịch (hiện tượng Tyndall).

- Điện di thuỷ dịch: albumin và gamma globulin tăng.

- Trong thuỷ dịch có thể thấy xuất hiện nhiều bạch cầu đa nhân, lympho và những tế bào nội bì của các tổ chức lân cận.

**II. Viêm mống mắt thế mi**

***1. Các triệu chứng chủ quan***

Ngoài các triệu chứng của viêm mống mắt, khi thể mi bị tổn thuơng sẽ có

thêm:

- Thị lực giảm nhiều do đục thuỷ dịch, đau dội lên lúc ấn vào vùng thể mi hoặc lúc vận chuyển nhãn cầu.

- Có thể có dấu hiệu ruồi bay.

***2. Các triệu chứng khách quan.***

*a. Rối loạn của các môi trường trong suốt của mắt:*

- Thủy dịch chứa nhiều anbumin, bạch cầu nên bị vẩn đục, có khi có mủ ở tiền phòng.

- Chất lắng đọng ở mắt sau giác mạc: viêm màng Descemet.

- Thể chơi vơi trong thuỷ tinh dịch.

*b. Thay đổi nhãn áp:*

- Nhãn áp có thể tăng do mống mắt bị dính bít, thuỷ tinh ứ lại trong hậu phòng; hoặc do các tế bào viêm đọng lại ở vùng bè củng mạc, ống Sehlenmm, khiến cho trở lưu thuỷ dịch tăng lên.

- Có khi nhãn áp hạ do thể mi bị liệt tiết ra quá ít thuỷ dịch.

***3. Tiến triển và các biến chứng của bệnh viêm mống mắt thế mi.***

Bệnh thường tiến triển từng đợt, nếu không được điều trị đúng và kịp thời, bệnh sẽ gây ra dính toàn bộ mống mắt, nút đồng tử, thuỷ tinh dịch bị cốt hóa. Teo nhãn cầu. Do bị rối loạn dinh dưỡng, thuỷ tinh thể có thể bị đục (đục thuỷ tinh thể bệnh lý).

Nếu bệnh kéo dài, chân mống mắt bị phù, các tiết tố đọng lại gây ra dính góc tiền phòng và do đó có thể xảy ra hiện tượng tăng nhãn áp thứ phát.

Trường hợp viêm mống mắt thể mi nhẹ, được điều trị sớm, các chỗ dính mống mắt có thể xảy ra hiện tượng tăng nhãn áp thứ phát.

Trường hợp viêm mống mắt thể mi nhẹ, được điều trị sớm, các chỗ dính mống mắt có thể bị dứt đứt, hết đau nhức, thị lực tăng. Song nếu không được điều trị nguyên nhân, bệnh có thể tái phát.

***4. Chẩn đoán.***

*a. Chấn đoán xác định:* Căn cứ vào các dấu hiệu:

- Cương tự quanh rìa giác mạc

- Mống mắt mất sắc bóng, trở nên đục.

- Đồng tử co nhỏ, bờ đồng tử có những chỗ dính nham nhở, phản xạ đồng tử yếu hay mất hẳn. Qua lỗ đồng tử thấy có tiết dịch và sắc tố mống mắt ở mặt trước thuỷ tinh thể.

- Dấu hiệu Tyndall dương tính.

- Cảm giác thể mi rõ

- Dùng kính hiển vi khám có thể thấy chất lắng ở mặt sau giác mạc.

*b. Chẩn đoán phân biệt với:*

- Bệnh viêm kết mạc: Có dử, thị lực không giảm, phản xạ đồng tử tốt, kết mạc bị cương tụ nhưng không có cương tụ rìa.

- Glocom cương tụ: Mắt đau nhức dữ dội, thị lực giảm, nhưng đồng tử giãn to, méo, giác mạc phù.

- Viêm củng mạc, thượng củng mạc: có những nốt đỏ ở rìa giác mạc, nốt này ở nay củng mạc; kết mạc ở trên nốt viêm dị động được, thị lực bình thường không có dính mống mắt.

*c. Nguyên nhân*

Cần chú ý tìm nguyên nhân bệnh trong:

- Các bệnh viêm nhiễm toàn thân: Lao, giang mai, hủi, các bệnh virut, thương hàn.

- Các ổ viêm nhiễm địa phương (viêm xoang, viêm amydan, viêm tuỷ răng), có khi ổ viêm ở ra như viêm ruột thừa, viêm túi mật.

- Các bệnh thuộc địa trạng: Thấp khớp, đái tháo đường.

- Chấn thương mắt.

- Dị ứng: được coi là nguyên nhân bao trùm của bệnh.

Theo Wimer, 75% trường hợp viêm mống mắt thể mi không tìm được nguyên nhân.

***5. Điều trị***

Do tính chất nguy hiểm của bệnh, do việc tìm nguyên nhân bệnh rất khó, cần nhiều thời gian nên điều trị viêm mống mắt thể mi phải dựa vào hai nguyên tắc sau đây:

- Điều trị nhanh, tích cực.

- Trong giai đoạn đầu của bệnh, điều trị bán đặc hiệu là chính

*a. Điều trị bán đặc hiệu*

Chống dính mống mắt: làm giãn được đồng tử sẽ:

- Tránh được dính mống mắt.

- Làm giảm đau nhức do co thắt cơ thể mi và cơ vòng đồng tử.

Thuốc thường dùng:

- Rỏ Atropin 1% 3 lần 1 ngày

- Tiêm adrenalin % hay adrenalin trộn atropin tiêm dưới kết mạc bốn điểm quanh rìa giác mạc. Làm giãn đồng tử là việc quan trọng bậc nhất.

Chống dị ứng: rỏ cortison 1%, 3 đến 6 lần 1 ngày. Tiêm hydrocorlancy dưới kết mạc, uống cortison, tiêm ACTH.

Chống đau nhức: chườm nóng bằng gạc ướt.

Tiêm novocain 4% 2ml + vài giọt adrenalin sau nhãn cầu.

Tăng cường sức đề kháng của cơ thể: có mục đích làm tăng kháng thể của cơ thể, tăng bạch cầu. Tiêm bắp thịt propidon, uống sữa.

Chống chỉ định: suy tim, suy gan, bệnh thận, lao, đái tháo đường, xơ cứng, động mạch.

*b. Điều trị đặc hiệu:* Tuỳ theo nguyên nhân: lao, giang mai, thấp khớp...

Cắt bỏ một amydan có mủ, nhổ một cái răng bị viêm tuỷ,... trong nhiều trường hợp đã cắt đứt nguồn bệnh. Khi không tìm thấy nguyên nhân nên dùng các kháng sinh có tác dụng rộng.

**III. Viêm hắc mạc**

Các nguyên nhân gây viêm có thể khu trú trong vùng của các động mạch mi sau ngắn. Viêm hắc mạc sau những hiện tượng viêm cũng có thể khu trú ở vùng thuộc các động mạch quy hồi xuất phát từ vòng động mạch lớn của mống mắt: Thể mi.

***1. Các triệu chứng chủ quan***

- Nảy đom đóm mắt

- Có cảm giác ruồi bay

- Thực lực giảm dần

- Thị trường co hẹp, có thể quáng gà.

***2. Các triệu chứng khách quan***

Soi ánh đồng tử thường thấy thể chơi vơi trong thuỷ dịch. Nếu thể chơi vơi ít, có thể thấy đáy mắt với các nốt viêm hắc mạc. Các đám xuất tiết ở võng mạc, những vùng hắc hõng mạc bị teo, sắc tố...

***3. Tiến triển***

Viêm hắc mạc có thể lan đến võng mạc, lan đến thể mi, mống mắt gây viêm màng bồ đào toàn bộ, bệnh làm rối loại dinh dưỡng của thuỷ tinh thể, gây đục thuỷ tinh thể biến chứng.

***4. Các hình thái lâm sàng***

*a. Viêm hắc mạc lan toả cắp (viêm mủ nhãn cầu):* Khi viêm khu trú riêng ở hắc mạc: viêm nội nhãn bán cấp.

Đau nhức dữ dội, mắt mù

Mi mắt, kết mạc, cương tụ dừ dội, quanh rìa giác mạc. Tiền phòng có mủ. Điều trị: Kháng sinh nhỏ atropin, chuờm nóng. Nếu không đỡ: phải căt bỏ nhãn cầu.

*b. Viêm hắc mạc lan toả bán cấp.*

- Nhức mắt lúc vận động nhãn cầu.

- Có cảm giác sương mù, ruồi bay.

- Gai thị cương tụ, bờ gai mỡ.

Có những nốt vàng hoặc xám rải rác trên hắc mạc. Có thể chơi vơi trong thuỷ tinh dịch.

Thường do nguyên nhân: giang mai

Điều trị theo nguyên nhân: penicilin, bitmut, thuỷ ngân, Novarsenoben

Zon.

*c. Viêm hắc mạc lan toả mãn tính*

Thường gặp ở người già, người bị thấp khớp, thể chơi vơi trong thuỷ tinh

dịch.

Có thể lan ra trước gây viêm màng bồ đào. Nguyên nhân chưa rõ có thể gây Glôcom thứ phát, đục thuỷ tinh thể, bong võng mạc.

*d. Viêm hắc mạc khu trú ở vùng hoàng điểm*

Còn gọi là viêm hắc võng mạc tiết dịch trung tâm.

Thị lực giảm nhanh, ám điểm trung tâm dương tính, nhìn các vật bị biến

dạng.

Hoàng điểm cương tụ, mờ ánh trung tâm: vùng hoàng điểm có nhiều chấm xuất hiện li ti màu vàng nhạt, có thể xen lẫn với những chấm sắc tố đen. Có khi kèm đục thuỷ tinh dịch. Bệnh thường do lao, các ổ nhiễm trùng địa phương (xoang, răng...) nhiễm trùng toàn thân (sốt rét, các bệnh do virut).

Điều trị: Thuốc giãn mạch Divascon tiêm sau nhãn cầu

Tìm nguyên nhân để điều trị.

*e. Viêm hắc mạc do lao*

Ở hắc mạc có những nốt lao màu trắng, đường kính khoảng 1 mm rải rác ở cực sau nhãn cầu (gặp ở người bị lao kê, lao màng mỡ). Củ lao ở hắc mạc ít gặp hơn, đó là một u màu vàng nhạt, hay mọc ở vùng xích đạo hoặc phía sau thể mi. Thuỷ tinh dịch quanh củ lao bị vẩn đục có thể kèm dấu hiệu của viêm mong mắt thể mi

**CÂU HỞI LƯỢNG GIÁ:** Chọn đúng hoặc sai các câu sau:

1. Triệu chứng có giá trị chẩn đoán viêm mống mắt thế mi là cương tụ rìa giác mạc

2. Trong viêm mống mắt thể mi điều trị bán đặc hiệu là tránh dính mong mắt

3. Triệu chứng chủ quan của viêm hắc mạc là có cảm giác ruồi

bay

4. Viêm hắc mạc khu trú ở vùng hoàng điếm còn gọi là viêm hắc võng mạc trung tâm thanh dịch

5. Trong viêm hắc mạc lan toả cấp tính tiền phòng không có mủ

Bài 7: BỆNH GLOCOM (GLAUCOME)

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được phân loại glocom

2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của glocom góc đóng và glocom góc mở

3. Nêu được nguyên tắc điều trị

4. Hướng dẫn được cộng đồng phát hiện sớm bệnh glocom và chuvến tuyến chuyên khoa kịp thời

**I. Định nghĩa**

- Glocom là 1 hội chứng được thể hiện trên lâm sàng bàng tam chứng Glocom.

+ Tăng nhãn áp

+ Giảm sút chức năng thị giác

+ Tổn thương thị thần kinh

Mù nếu như không điều trị

- Trong đó tăng nhãn áp là chính dẫn đến: giảm sút chức năng thị giác và tổn thương thị thần kinh.

- Dựa vào cơ chế tăng nhãn - phân ra làm nhiều loại Glocom

- Nhãn áp là tổng hợp lực của tất cả những dung môi trong nhãn cầu đè lên nhãn cầu.

- Nhãn áp

+ Từ 16-20 mm Hg: bình thường

+ Từ 22-25mmHg: nghi ngờ

+ Từ > 25: cao + Từ <16: thấp

- Nếu đo bằng nhãn áp kế Marlakov dựa trên nguyên lý F=p/S F: Nhãn áp

P: Trọng lượng đè lên nhãn cầu

S: Diện tích tiếp xúc (bị mất) giữa trọng lượng đè và nhãn cầu

- Nhãn áp của 2 mắt chênh lệnh nhau không quá 5mmHg

- 6 yếu tố ảnh hưởng đến nhãn áp trong cơ thể sống

+ Tuần hoàn + Dịch kính

+ Thuỷ dịch + thần kinh trung ương và thị lực

+ Thuỷ tinh thể + Củng mạc

 Thuỷ tinh thể to 🡪 ép chặt vào đồng tử 🡪 thuỷ tinh không lưu thông 🡪 tăng nhãn áp.

- Dịch kính thay đổi về độ nhờn, khối lượng 🡪 tăng nhãn áp

- Nhãn áp của người cận thị thường thấp, trong đó quan trọng là vai trò của yếu tố củng mạc.

- Yếu tố thuỷ dịch đóng vai trò rất quan trọng trong bệnh Glocom, vì nó động nhất và lưu thông nhất.

**II. Sự lưu thoát**

***1. Sản xuất và lưu thoát thuỷ dịch***

- Thủy dịch sản xuất ở thể mi

- Lưu thoát: ra hậu phòng 🡪 qua đồng tử 🡪 ra tiền phòng 🡪 vào góc tiền phòng 🡪 vào bè (ống) Trabéculum 🡪 vào ống Schlemm 🡪 vào 4 tĩnh mạch trích trùng 🡪 vào tuần hoàn chung.

- Thuỷ dịch lưu thoát được theo đường lối là vì:

+ Chênh lệch áp lực giữa trong và ngoài nhãn cầu (tĩnh mạch nước)

+1 = U/R

+ Định luật Ohm của Goldmann

PO-PV

R

🡪 Công thức Goldmann: PO = DR+PV D: thuỷ tinh tiết ra trong 1 phút » 0.09ml PO: nhãn áp

PV: áp lực trong lòng tĩnh mạch

R: trở lưu

D » const = 0,09ml/phút

+ <E>ống Trabéculum và schlemm < 0 TM trích trùng 🡪 p trong ống này > p trong trích trùng

**III. Phân loại bệnh Glocom**

Dựa vào cơ chế tăng nhãn áp để phân loại Glocom

***1. Glocom nguyên phát:*** Gồm có (Glaucome Primaire)

- Glocom góc đóng (Glaucome ancle fermé)

- Glocom góc mở (Glaucome ancle ouvert)

- Glocom bẩm sinh

- Glocom đa tiết (hiếm gặp)

- Glocom ở người trẻ

***2. Glocome thứphát***(secondary glaucoma, glaucome secondaire)

- Những bệnh nằm ngoài nhãn cầu gây tăng nhãn áp

Ví dụ: U hốc mắt đè vào tĩnh mạch ngoài nhãn cầu 🡪 đè vào nhãn cầu 🡪 gây tăng nhãn áp.

- Những bệnh nằm trong nhãn cầu

+ u mống mắt 🡪 bịt góc tiền phòng 🡪 cản trở lưu thoát thuỷ dịch + Viêm màng bồ đào 🡪 dính đồng tử (mong mắt dính vào mặt trước thể thuỷ tinh) 🡪 sự lưu thoát dịch từ hậu phòng ra ngoài tiền phòng (do nghẽn đồng tử blocage...) không còn.

+ Bệnh thể thuỷ tinh: tăng niêm mạc của thể thuỷ tinh 🡪 thể thuỷ tinh trương lên do thuỷ tinh ngấm qua vỏ bao thể thuỷ tinh 🡪 chèn ép đồng tử 🡪 nghẽn lưu thông thuỷ dịch.

+ Sa lệch thể thuỷ tinh: thuỷ tinh thể ra ngoài tiền phòng 🡪 bịt góc tiền phòng 🡪 sức cản tăng.

Thể thuỷ tinh lệch (do đứt 1 phần dây chằng Zinn) 🡪 bịt góc tiền phòng 🡪 tăng nhãn áp.

Thể thuỷ tinh rời ra vào trong dịch kính 🡪 kích thích gây viêm không nhiễm trùng 🡪 tăng nhãn áp.

+ Dịch kính

\* Viêm màng bồ đào sau 🡪 biến đổi chất lượng gây viêm không nhiễm trùng 🡪 tăng nhãn áp.

\* Viêm màng bồ đào sau (Ví dụ: sau chấn thuơng 🡪 vỡ mạch màng bồ đào) 🡪 tăng nhãn áp.

\* Võng mạc: Ung thư của các tế bào thần kinh ở võng mạc ở trẻ em (Gliome): chia 2 loại.

\* Ung thư tế bào chưa biệt hóa (Retinoplastome): gặp rất nhiều

\* Ung thư tế bào đã biệt hóa (Retinociptome): ít gặp

Thường ở trẻ em 3-5 tuổi, không phân biệt nam và nữ, có yếu tố di truyền phả hệ, rất ít gặp ở trẻ trên 10 tuổi.

Dấu hiệu đầu tiên: dấu hiệu ánh mắt mèo mù

Ung thư phát triển 🡪 tăng niêm mạc 🡪 xâm thực đầu tiên vào thị thần kinh 🡪 lồi vào dịch kính.

Chia 2 giai đoạn ung thư võng mạc

+ Giai đoạn nội nhãn: Ung thư phát triển trong nhãn cầu

+ Giai đoạn xuất ngoại: Ung thư xuất ngoại 🡪 vỡ nhãn cầu thường có di căn rồi.

Điều trị:

+ Phát hiện sớm

+ Khoét càng sớm càng tốt

+ Cắt càng dài dây thần kinh càng tốt đến vùng tế bào lành (khoảng 2cm)

**IV. Glocom góc đóng:** (glocom cương tụ và glocom đỏ (rouge) do rìa mắt đỏ).

***1. Dịch tễ glocom ở Việt Nam***

- Chiếm tỷ lệ 2% tổng bệnh nhân đến khám

- Đa số là glocom góc đóng: > 90% tổng các loại Glocom

- Ở nước ngoài: đa số là Glocom góc mở

- Ở Việt Nam, bệnh nhân đa số đến bệnh viện trong giai đoạn quá muộn 🡪 kết quả điều trị hạn chế.

- Tổn thương do Glocom gây nên không hồi phục được

- Ở viện mắt Hải Phòng

+ 500 bệnh nhân mổ thể thuỷ tinh

+ 350 bệnh nhân mổ Glocom

 🡪 2000 bệnh nhân điều trị nội trú/năm

***2. Cơ chế tăng nhãn áp***

Do sự rối loạn thần kinh vận mạch 🡪 các mạch máu của mống mặt (đặc biệt ở chân mống mắt) phù, cương tụ 🡪 góc tiền phòng hẹp lại.

***3. Điều kiện thuận lợi***

- Những người bị viễn thị dễ bị Glocom góc đóng: do mắt viễn thị là mắt nhỏ 🡪 đường kính nhãn cầu nhỏ (bình thường:23mm)

- Lồi ra 1mm (mất đi lmm) -> tương đương 3D

- Những người có hệ thần kinh dễ mất thăng bằng, không ổn định

***4. Tiến triển***

- Không theo quy luật vì không có giai đoạn nhất định

- Có thể theo 3 kiểu

*a. Cơn Glocom nhẹ:*

- Mắt hơi nhức, hơi mờ. nhìn vào đèn thấy quàng xanh đỏ

- Nhức lên nửa đầu cùng bên

- Xem mắt lúc đó thấy

+ Dấu hiệu cương tụ rìa đỏ

+ Đồng tử giãn

+ Phản xạ kém nhạy

+ Nhãn áp tăng

- Do mất thăng bằng thần kinh thực vật -» góc tiền phòng hẹp 🡪 nhãn áp

tăng

- Cơn này có thể tự khỏi do lập lại cân bằng thần kinh giao cảm và phó giao cảm 🡪 các mạch máu hết cương tụ.

- Sau đó là các bán cấp hoặc cấp xuất hiện sau này

- Cơn Glocom nhẹ có thể xảy ra ở 1 mắt

*b. Cơn cấp Glocom*

- Điều kiện xảy ra

+ Trên 1 cơ thể sau những lần chấn động về tinh thần, sau những lần làm việc quá mệt mỏi 🡪 mệt mỏi về điều tiết của mắt 🡪 thể thuỷ tinh không cong được nữa + đồng tử giãn ra 🡪 góc tiền phòng hẹp lại 🡪 nhãn áp tăng.

+ Thường xuất hiện ở nữ > nam

- Cơn Glocom cấp có thể xảy ra ở 1 hoặc 2 mắt

- Đột nhiên mắt đau nhức dữ dội, lan lên đầu cùng bên, có thể đau đến mức nôn mửa.

- Sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhìn vào đèn thấy các quầng xanh quầng đỏ, thị lực giảm nhanh và nhiều.

- Khám thực thể

+ Giác mạc bị phù nề do thẩm lậu nước

+ Tiền phòng hẹp: < 2mm (bình thường: 3-4mm)

+ Đồng tử giãn, mất phản xạ + Soi đáy mắt: cương tụ + Đo nhãn áp: cao

+ Soi góc tiền phòng: góc tiền phòng đóng lại

- Cơn Glocom cấp có thể

+ Tự khỏi 🡪 chờ đón các cơn Glocom khác với tần số mau

+ Kéo dài 🡪 mù loà: do đồng tử giãn 🡪 cương tụ các mạch máu ở chân rìa đồng tử 🡪 gây thoát dịch 🡪 gây dính góc tiền phòng. Soi góc tiền phòng thấy dính trên 1/2 chu vi giác mạc 🡪 nhãn áp tăng vĩnh viễn.

*c. Cơn Glocom bán cấp*

- Nhẹ hơn cơn Glocom cấp nhưng nặng hơn cơn Glocom nhẹ

+ Có triệu chứng của cơn Glocom cấp

+ Phản xạ đồng tử vẫn còn

+ Nhãn áp >35 mmHg

*d. Điều trị cơn Glocom cấp*

- Giảm đau: Paracetamol, Voltaren...

- An thần: loại không gây nghiện

- Dùng thuốc hạ nhãn áp

+ Thuốc co đồng tử Pilocarpin 1%, 2%, 5%

+ Thuốc hạ nhãn áp: thuốc toàn thân Acetazodamit (thuôc loại sulfamid lợi tiểu 🡪 giảm tiết 🡪 hạ nhãn áp).

Dùng 2 đến 4 viên Diuramit 0,25g (tốt nhất 2 viên: Diamox)

Có tác dụng sau khi uống 30 phút 🡪 tác dụng trong cơ. thể trong 6 giờ 🡪 đào thải.

**V. Glocom góc mở** (Glocom đơn thuần (Simplex), Glocom trắng (Blanche).

***1. Cơ chế tăng nhãn áp***

Xơ hoá vùng bè Trabeculum 🡪 cản trở lưu thoát thuỷ dịch 🡪 tăng nhãn áp.

***2. Tiến triển***

- Rất thầm lặng, từ từ (do xơ hóa dần dần) nhưng rất trầm trọng, theo giai

đoạn.

- Nhãn áp tăng từ từ (do xơ hoá dần dần) 🡪 cơ thể thích nghi được🡪 bệnh nhân không cảm thấy đau đớn.

- Những tổn hại do Glocom gây nên không bao giờ hồi phục được

- Do tiến triển từ từ 🡪các dấu hiệu chẩn đoán rất lu mờ và dễ bỏ sót.

*a. Giai đoạn 1*: sơ phát

- Dấu hiệu chủ quan rất ít

- Hơi nhức mắt, hơi nhức đầu

- Có cảm giác như có sương mù trước mắt

- Nhãn áp hơi cao

- Khám mắt: chưa phát hiện được gì chỉ thấy đĩa thị bị tổn hại. Đo thị trường: thị trường hơi bị hẹp về phía mũi

- Chẩn đoán dựa vào

+ Nhãn áp hơi cao

+ Thị trường hơi hẹp về phía mũi

+ Thị thần kinh bị tổn thương

*b. Giai đoạn 2*: tiến triển

- Các dấu hiệu chủ quan có vẻ rõ hơn nhưng tìm ra rất khó

- Thực thể và chấn đoán dựa vào:

+ Thị trường hẹp 30° về phía mũi

+ Nhãn áp luôn luôn cao

+ Teo lõm thị thần kinh (ở đáy mắt) rõ ràng

- Giác mạc bình thường

- Tiền phòng vẫn rộng

- Đồng tử vẫn tròn, có thể hơi giãn và phản xạ hơi yếu

*c. Giai đoạn 3*: trầm trọng:

- Dấu hiệu chủ quan rất nghèo nàn

- Thị trường hẹp nhiều 45° về phía mũi

- Thị thần kinh teo lõm gần như hoàn toàn

- Nhãn áp luôn luôn cao

*d. Giai đoạn: Glocom gần mù*

- Thị lực giảm

- Thị trường không thể đo được

- Thị thần kinh hoàn toàn bị teo lõm

- Nhãn áp luôn cao

*e. Giai đoạn 5:* Golocom mù hoàn toàn

***3. Những yếu tố thuận lợi***

- Yếu tố khúc xạ: không gây ảnh hưởng

- Yếu tố gia đình: rõ hơn Glocom góc đóng

***4. Chẩn đoán xác định Glocom góc mở***

- Yếu tố chủ quan rất ít nên rất thận trọng

- Dựa vào: tiền sử gia đình, nhãn áp, thị trường, tổn thương thị thần kinh

***5. Chẩn đoán phân biệt với***

Đục thể thuỷ tinh bắt đầu: khi soi ánh đồng tử thì thấy thể thuỷ tinh đục và nhãn áp bình thường, đáy mắt bình thường, thị trường bình thường.

***6. Chẩn đoán Glocom góc đóng:*** dựa vào

- Dấu hiệu chủ quan

- Dấu hiệu thực thể: quan trọng là soi góc tiền phòng thấy đóng

Đo độ nông sâu của tiền phòng bằng đèn khe để cắt ánh sáng dựa vào độ bắt sáng của giác mạc và thể mi.

(Dựa vào ánh sáng phản quang, độ dầy trên giác mạc so với độ nông sâu của tiền phòng bằng phương pháp Henrick).

*a. Chẩn đoán phân biệt của Glocom góc đóng với*

- Viêm kết mạc cấp: xung huyết kết mạc, nhiều dử, những dấu hiệu khác bình thường.

- Viêm mống mắt

*b. Chẩn đoán sớm Glocom nói chung*

- Đo nhãn áp hàng loạt ở lứa tuổi >35-40 tuổi (là tuổi hay bị Glocom): là tốt nhất.

- Làm 1 số nghiệm pháp để phát hiện sớm Glocom

+ Loại nghiệm pháp gây giãn đồng tử

\* Dùng thuốc Atropin hoặc Homatropin 1 %

\* Cho bệnh nhân vào buồng tối

\* Băng mẳt bệnh nhân lại

Khi đồng tử giãn 🡪 đo nhãn áp

\* Nếu tăng: >25mmHg 🡪 Chẩn đoán tăng nhãn áp

\* Nếu không tăng: không có nghĩa là không có bệnh (nghiệm pháp (-))

+ Loại nghiệm pháp uống nuớc: cho bệnh nhân uống nước tối đa mà bệnh nhân có thể chịu đựng được, uống trong 5 phút.

\* Sau 15 phút đo nhãn áp lần 1

\* Sau 15 phút đo nhãn áp lần 2

\* Sau 15 phút đo nhãn áp lần 3

Cơ chế: tăng D 🡪PO giảm (theo công thức Godmann)

+ Đo nhãn áp bằng 4 quả cân với biểu đồ Elasto. Đo ở 4 quả cân: 5g, 7.5g, lOg, 15g 🡪 rồi vẽ biểu đồ nhãn áp.

Cơ chế F=p/S -> tăng p để xem xét sự thay đổi của F

🡪 Xem phản ứng của con mắt khi trọng lượng quả cân tăng dần KQ: đường biểu hiện

- Là đường thẳng: bình thường

- Không được dốc: ịPul - \ps I

- Không thẳng: đường gấp khúc: bất thường

- Là đường thẳng dốc: |P15|-|P5| >10

***7. Điều trị***

- Với Glocom góc đóng: điều trị ngoại khoa càng sớm càng tốt, tuỳ giai đoạn mà áp dụng phẫu thuật cho phù hợp.

- Với Glocom góc mở: điều trị nội khoa là chính. Khi điều trị nội khoa thất bại thì điều trị ngoại khoa.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:** Chọn đúng hoặc sai các câu sau:

1. Bệnh Glocom góc mở không có yếu tố gia đình

2. Bệnh Glocom góc mở giai đoạn 5 là mù hoàn toàn

3. Đo nhãn áp hàng loạt là phương pháp chẩn đoán sớm bệnh Glocom ở lứa tuổi 15- 40

4. Glocom góc mở diễn tiến trầm trọng, cấp diễn

5. Cơn Glocom nhẹ của bệnh Glocom góc đóng có thể xảy ra ở một mắt

Bài 8: ĐỤC THẺ THỦY TINH

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được phân loại bệnh đục thể thuỷ tinh

2. Trình bày được các triệu chứng chủ yếu để chẩn đoán đục thể thuỷ tinh

3. Trình bày và giải thích được các biến chứng của đục thể thuỷ tinh

4. Trình bày được chỉ định các phương pháp điều trị đục thể thuỷ tinh

5. Viết được cách tuyên truyền, tổ chức khám phát hiện đục thể thuỷ tinh ở cộng đồng

**I. Định nghĩa:**

Đục thể thuỷ tinh là tình trạng mờ đục của thể thuỷ tinh, đây là nguyên nhân chủ yếu gây mù loà của thế giới, tuy nhiên đục thể thuỷ tinh ngay cả trường hợp đục hoàn toàn cũng không gây ra mù hoàn toàn (mất nhận thức ánh sáng).

**II. Nguyên nhân :**

Gây bệnh đục thể thuỷ tinh do rối loạn quá trình dị hóa Glucose trong thể thuỷ tinh làm rối loạn quá trình tổng hợp protein của thể thuỷ tinh, tức là quá trình tái tạo thường xuyên của các sợi thể thuỷ tinh ở vùng xích đạo. Tiếp đó xảy ra sự biến chất prôtít, là nguyên nhân làm tăng áp lực thẩm thấu và hấp thụ nước.

Những giả thiết khác cũng được đưa ra như sự lão hóa của các ty lạp thể, tăng nồng độ Na+ và Ca+ , giảm nồng độ K+ và axit ascorbic, mất glutathion...

**III. Triệu chứng lâm sàng :**

***1. Triệu chứng cơ năng:***

- Giảm thị lực từ từ kèm theo cảm giác nhìn mờ như mây mù, màng che trước mắt. Đầu tiên thì mờ khi nhìn xa, rồi đến mờ khi nhìn gần. Thường ở giai đoạn sớm bệnh nhân thấy điểm đen trước mắt, điểm đen di động theo sự vận động của con mắt. Một số người lớn tuổi có hiện tượng giảm sổ kính đọc sách, hoặc nhận thấy nhìn gần rõ hơn do sự xơ cứng của nhân làm tăng công suất khúc xạ của thể thuỷ tinh và gây cận thị ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. Thông thường bệnh nhân bị đục thể thuỷ tinh hay phàn nàn bị lóa mắt nhất là khi gặp ánh sáng mạnh hoặc nhìn có nhiều quầng màu sắc.

- Song thị một mắt thậm chí nhìn thấy nhiều hình.

- Tăng nhãn áp do căng phồng thể thuỷ tinh.

***2. Dấu hiệu thực thể:***

\* Bệnh tiến triển theo 4 thời kỳ.

- Thuỷ tinh thể bắt đầu đục, phần chu vi bị đục trước. Thị lực bị ảnh hưởng ít, có hiện tượng bóng treo, bóng treo càng rộng, phần thuỷ tinh thể bị đục càng ít. Lúc khám bệnh, cần rỏ Homatropin làm giãn đồng tử để phát hiện được dễ dàng.

- Thuỷ tinh thể căng phồng do hiện tượng giữ nước. Thuỷ tinh thể bị đục nhiều, tiền phòng nông, bóng treo không còn, thị lực bị giảm sút rất nhiều.

Trong giai đoạn này, tiền phòng bị hẹp, lưu thông thủy dịch bị cản trở, có thể xuất hiện con tăng nhãn áp.

- Giai đoạn chín: Thuỷ tinh thể đục hoàn toàn, thể tích thu nhỏ lại như trước, thị lực chỉ còn sáng tối.

- Giai đoạn quá chín: Thuỷ tinh thể có thể thoái hoá theo 2 hình thái: hình thái Mocganhien (Morgagnienne).

- Nhân trưởng thành thoái hóa, thành chất nước trắng như sữa, nhân bào thai đặc rắn, màu vàng, nằm ở phía dưới. Khi bệnh nhân thay đổi tư thế đầu trong hình thái màng, nhân trưởng thành và nhân bào thai tiêu huỷ dần, cuối cùng thành một màng trắng đục.

**IV. Biến chứng :**

- Căng phồng to tăng thể tích của thể thuỷ tinh, có thể gây bệnh cảnh glôcôm cấp do nghẽn đồng tử.

**V. Các thể lâm sàng :**

***1. Đục thể thuỷ tinh một mắt hay do chấn thương.***

***2. Đục thể thuỷ tinh do chấn thương:*** thường chấn thương là đụng dập gây đục thể thuỷ tinh dưới bao hình lá dương xỉ.

***3. Đục thể thuỷ tinh sau bệnh lý của mắt:*** Đục thể thuỷ tinh có thể xảy ra trong:

+ Cận thị nặng

+ Glocom nhất là sau phẫu thuật glocom

+ Viêm mống mắt thể mi nặng

+ Những bệnh thoái hoá của màng bồ đào

+ Những bệnh của phần sau đáy mắt như bong võng mạc không được điều trị, hình ảnh của thể thuỷ tinh trắng như phấn.

- Viêm võng mạc sắc tố

- Ư nội nhãn

***4. Đục thể thuỷ tinh 2 mắt***

Chủ yếu là do đái đường

***5. Đục thể thuỷ tinh do dùng thuốc:***

Do điều trị cortisol toàn thân gây đục thể thuỷ tinh (dưới bao hạt lấp lánh màu sắc thay đổi bên trong vùng đục). Thị lực thường giảm rất sớm.

**VI. Chẩn đoán phân biệt:** Không có chẩn đoán phân biệt.

**VII. Điều trị :**

***1. Điều trị nội khoa:*** chưa có thuốc điều trị đặc hiệu với đục thể thuỷ tinh đã chín. Tuy nhiên đối với những đục thể thuỷ tinh lúc đầu có thể dùng vitamin, canxi, iốt, glutathion, cũng có tác dụng làm giảm vùng đục.

***2. Điều trị ngoại khoa:*** là phương pháp điều trị duy nhất để chữa khỏi bệnh bằng cách lấy thể thuỷ tinh đục. Để xác định trường hợp đục thể thuỷ tinh có thể mổ được.

- Võng mạc và thị thần kinh phải tốt. Muốn đánh giá được chức năng của võng mạc và thị thần kinh, phải căn cứ vào thị lực, phản xạ đồng tử và hướng sáng.

Thị lực: Tối thiểu mắt phải còn cảm giác sáng tối. Nếu mắt không còn nhận biết được sáng tối, tức là võng mạc hoặc thị thần kinh hoàn toàn hỏng, dù có mổ cũng không mang lại kết qủa về thị lực.

Hướng ánh sáng: mắt phải nhận biết được mọi hướng ánh sáng, tức là toàn bộ võng mạc đều tốt.

Nếu cả 3 yếu tố: Thị lực, phản xạ đồng tử và hướng ánh sáng đều tốt cả, chắc chắn sau khi mổ sẽ mang lại kết quả tốt về thị lực.

- Phải điều trị, khỏi hết các viêm nhiễm ở mắt như mắt hột, viêm loét bờ mi, viêm túi lệ, lông quặm...

Nuôi cấy: không còn 1 loại vi trùng gây bệnh nào ở kết mạc.

Về toàn thân: Bệnh nhân phải khoẻ mạnh, không mang bệnh cấp tính. Nếu bị bệnh phổi đang cấp tính hoặc đang tiến triển, chỉ mổ sau khi bệnh đã được điều trị ổn định. Nếu bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường, phải kết hợp với nội khoa, điều trị bằng insulin làm giảm tỷ lệ đường huyết, khi bệnh ổn định mới được mổ.

Gửi bệnh nhân đi khám và điều trị các ổ viêm nhiễm ở vùng lân cận như viêm tai, viêm xoang, sâu răng...

\* Các phương pháp để lấy thể thuỷ tinh:

- Lấy thể thuỷ tinh trong bao + với đặt thể tinh nhân tạo.

- Lấy thể thuỷ tinh ngoài bao + với đặt thể thuỷ tinh nhân tạo.

- Lấy thể thuỷ tinh bằng siêu âm (phaco - emulsification).

Kỹ thuật thịnh hành nhất, là một dạng của lấy thể thuỷ tinh ngoài bao, cho phép mở nhãn cầu nhỏ hơn. Người ta làm vụn nhân thể thuỷ tinh bằng siêu âm sau đó hút đi, do đó phương pháp này để lại bao sau nguyên vẹn.

- Cắt thể thuỷ tinh (phakophagie)

Cắt toàn bộ thể thuỷ tinh bắng máy cắt dinh kính.

Phương pháp này không thực hiện cho những bệnh nhân trên 30-40 tuổi vì nhân thể thuỷ tinh quá đặc chủ yếu dùng để điều trị những đục thể thuỷ tinh ở trẻ nhỏ hoặc trẻ sơ sinh.

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ** : : Chọn đúng hoặc sai các câu sau:

1. Trong đục thế thủy tinh thị lưc giảm một cách đột ngột

2. Đục thế thủy tinh thị lực giảm tới mức tối đa là ST ( + )

3. Phẫu thuật lấy thế thủy tinh ngoài bao là phẫu thuật lấy nhân và vỏ thể thủy tinh để lại một phần bao thể thủy tinh

4. Điếu trị nội khoa có hiệu quả trong đục thế thủy tinh

5. Triệu chứng của đục thể thủy tinh là thị lực giảm nhưng không có cương tụ và đau nhức mắt

Bài 9: BỎNG MẮT

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được các nguyên nhân gây bỏng mắt

2. Trình bày được cách điều trị và phòng bỏng mắt

Bỏng mắt là một cấp cứu đáng lo ngại do tình trạng nặng và thường xảy ra ở hai mắt. Bệnh còn đáng lo ngại bởi, trong những hình thái nặng không có phương pháp điều trị nào có khả năng dẫn đến hồi phục với một thị lực hữu ích.

Bỏng thường do bắn hoá chất vào mắt. Bỏng hoá chất là một cấp cứu thực sự của nhãn khoa, vì tiên lượng phụ thuộc vào việc điều trị được tiến hành sớm hay muộn.

**1. Nguyên nhân:**

1.1. Bỏng hoá chất: Là loại nguy hiểm nhất và trầm trọng nhất. Nhiều loại hoá chất có thể gây bỏng và bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu phụ thuộc vào nồng độ và PH của hoá chất.

1.1.1. Bỏng do axit: sự nguy hiểm của các axit tuỳ thuộc vào nồng độ của chúng: axit loãng thường nhẹ và nồng, axit đặc hoặc nguyên chất rất độc hại: Những axit có PH <2,5 gây những tổn thương hoại tử rất nặng của giác mạc.

Axit không toả lan theo chiều sâu vào trong các mô của mắt, vì thế gây tổn thương tối đa ngay từ đầu.

Axit gây hoại tử đột ngột và đông các Protein bề mặt, do đó ngăn cản sự toả lan của hóa chất.

Các axit hữu cơ (axit axetic, axit fomic) ít độc hại hơn các axit vô cơ: axitflohiđric (chất chống rỉ, chất tẩy rỉ, axit sunfaric (sunfat) axit clohiđric, axit nitric và cromic).

Các anđehid (axetic và suxinic) xâm nhập vào giác mạc giống như các bazơ và giải phóng axit.

*1.1.2. Bỏng do ba zơ:*

Bỏng do bazơ là bỏng trầm trọng nhất. Bỏng nặng do sự lan toả của bazơ vào mắt theo bề rộng, chiều sâu và tác dụng liên tục trong nhiều ngày. Điều đó nói lên tầm quan trọng của việc rửa mắt tức thì, yếu tố cần thiết của tiên lượng. Khó có thể tiên lượng ngay lúc đầu và luôn phải dè dặt, ngay cả những trường hợp tổn thương ban đầu không nặng lắm.

Bazơ kết hợp với những Protein tế báo làm tan rã tế bào và nhuyễn mô, vì thế làm cho bản thân bazơ thám nhập dễ dàng hơn.

Các bazơ nguy hiểm nhất là xút và bổ tạt ăn da (potasse caustipue), nhất là dung dịch đậm đặc, nhóm amoni và các hợp chất của nó (amoniac), vôi và xi măng.

Những biến chứng thứ phát của bỏng bazơ rất nặng: Viêm màng bồ đào trước (do bazơ xâm nhập vào trong tiền phòng, mống mắt và thể mi), đục thuỷ tinh thể (do xâm nhập vào thể thuỷ tinh), Glôcôm (do đông các cấu trúc vùng bè), hội chứng khô mắt (do huỷ hoại ống ngoại tiết của các tuyến lệ).

*1.1.3. Các hoá chất khác:*

Các dung môi: cồn, axeton, ete, fomol gây những tổn thương giác mạc nông, có tiên lượng tốt. Các chất tẩy rửa (bột giặt) ít nguy hiểm.

Các khí cay mắt, gây kích thích giác mạc - kết mạc làm chẩy nước mắt giàn giụa, nhất thời và hồi phục nhanh nhưng cũng có thể gặp những bỏng mắt nặng do bắn trực tiếp hoá chất vào mắt hoặc trong trường hợp nổ lựu đạn cay mắt trong môi trường kín.

Các khí làm rộp da (Yperit, khí độc chiến tranh), gây những tổn thương mắt rất nặng, có thể dẫn đến mất mắt.

Các kim loại nặng cũng nguy hiểm.

Các chất kích thích ăn mòn (lưu huỳnh, clo, phot pho, asen), rất hay được dùng trong công nghệp, ít nguy hiểm hơn.

**1.2. Bỏng nhiệt:**

1.2.1. Bỏng do lửa:

Bỏng lửa nói chung ít nguy hiểm cho mắt vì nhãn cầu thường được bảo vệ bằng phản xạ chóp mắt và lớp nước mắt.

Tuy nhiên, tổn thuơng mi mắt có thể nặng và cuối cùng gây biến chứng co rút, phải đặt vấn đề phẫu thuật tạo hình.

1.2.2. Bỏng do bắn kim loại nóng chảy:

Mức độ nặng khác nhau tuỳ thuộc vào nhiệt độ chảy:

Những kim loại có nhệt độ nóng chảy cao (sắt, thép, nhôm) gây những tổn thương rất nặng. Những kim loại có nhiệt độ nóng chảy thấp (chì, thiếc, kẽm, đồng) rắn lại khi tiếp xúc với nước mắt tạo thành một vật đổ khuôn của mắt và cùng đồ, vì thế chúng gây những tổn thương nông, khỏi nhanh, không có di chứng. Những tổn thương kết mạc có thể nhẹ nhưng đôi khi nặng gây dính chặt kết mạc nhãn cầu và kết mạc mi hoặc dính mi - cầu.

Bỏng do chất lỏng nóng (nớc hoặc dầu sôi). Loại này thường ít nặng (bong biểu mô giác mạc không trầm trọng vì chất lỏng nguội nhanh).

**1.3. Bỏng do điện:**

*1.3.1. Bỏng điện cao thế:*

Gây những bỏng da rất sâu, không đau, vô trùng, diện tích hạn chế có thể dẫn đến đục giác mạc hoặc đục thể thuỷ tinh sớm hoặc muộn, thường đục dưới bao.

Những tổn thương mô là do tác dụng nhiệt và điện hoá gây phân huỷ và hoại tử các mô.

*1.3.2. Tia cực tím:*

Hồ quang điện, đèn để làm sám da hoặc để sát trùng, phơi nắng trên núi cao (ophlamiedes neiges), trên biển hoặc trong sa mạc có thể gây bỏng do bức xạ.

Triệu chứng xuất hiện 6 đến 10 giờ sau khi phơi nắng, có thể đau giữ dội, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co thắt mi và phù kết mạc.

Khám kính hiển vi: giác mạc rất bóng, lấm tấm bắt màu fluorescein (viêm giác mạc chấm nông).

Bệnh khỏi trong vòng vài ngày, không để lại di chứng.

*1.4.2. Chấn thương do ánh sáng:*

Do quan sát thiên thực gây bỏng hoàng điểm, do bức xạ các tia hồng ngoại bước sóng ngắn của mặt trời.

Những dấu hiệu thường ở hai mắt, gồm loá mắt, mờ mắt tạm thời dần dần tăng lên thành một ám điểm, có thể tồn tại nhiều ngày đến nhiều tháng hoặc vĩnh viễn.

Phù hoàng điểm ít nhiều, tuỳ theo cường độ và thời gian phơi nắng, có thể tiến triển tới sẹo hoàng điểm vĩnh viễn và mất thị lực trung tâm.

*1.4.3. Bức xạ ion hoá (tia X và Gramm):*

Những bức xạ này có thể là nguyên của đục thể thuỷ tinh, thường gặp nhất là hình thái đục rõ sau hình chêm (câtrate en cuplé posté rieure).

**2. Điều trị**

2.1. Điều trị tức thì:

\* 4 nguyên tắc để cấp cứu bỏng mắt:

- Phải loại trừ nhanh tác nhân gây bỏng ra khỏi mắt.

- Chống nhiễm khuẩn.

- Chống dính mi: không được băng mắt chặt.

- Tăng cường sức đề kháng của cơ thể.

\* Nếu bỏng kiềm do vôi thì không được rửa bằng nước ngay mà trước hết cần gắp hết vôi sau đó rửa bằng nước đường đặc (hoặc Glucose), vôi gặp được đường cho Canxisaccarit không gây hại cho mắt.

- Rửa mắt với nhiều nước và kéo dài, hoặc bằng huyết thanh sinh lý, hoặc bằng nước tại nơi xảy ra tai nạn.

- Không bao giờ được trung hoà axit bằng bazơ và ngược lại

- Lấy các mảnh cứng hoặc dị vật.

- Để bệnh nhân nhịn ăn nếu dự kiến phẫu thuật, cho thuốc an thần hoặc giảm đau.

- Chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa mắt.

Thực hiện

- Rửa mắt với nhiều nước, kéo dài (15 phút) bằng huyết thanh sinh lý, lặp lại thường xuyên, sau khi tra thuốc gây tê tại chỗ (để có thể khám và săn sóc mắt).

- Lấy các mảnh cứng trong khi lật kết mạc cùng đồ.

- Rửa lệ đạo nếu có thể thấy các điểm lệ.

- Tra thuốc kháng sinh phổ rộng.

- Tra thuốc atropin cho phép làm giảm đau (để mắt được nghỉ ngơi và giảm phản ứng viêm).

Có thể phối hợp điều trị:

- Thuốc tra mắt kháng men colagenza nếu không có loét giác mạc (colagennaza do những tế bào giải phóng ra sẽ tiêu huỷ nhu mô giác mạc).

- Thuốc tra mắt corticoid: làm giảm phản ứng viêm, phù giác mạc, nguy cơ sinh tân mạch, nhưng làm chậm quá trình lành sẹo tạo thuận lợi cho sự hoạt động của colagennaza.

- Chống chỉ định thuốc tra mắt gây tê vì nó làm chậm quá trình lành sẹo..

- Có thể dùng các thuốc tra heparin, viamin c, hoặc các thuốc lành sẹo giác mạc.

- Kháng sinh toàn thân dùng trong trường hợp bỏng nặng

Trong những trường hợp nặng có thể phải tiến hành:

- Chọc tiền phòng, chỉ định chủ yếu trong bỏng bazo để tháo thuỷ dịch và bơm cortcoid hoà tan vào tiền phòng.

- Tiêm heparin dưới kết mạc có tác dụng chống viêm và làm dịu mắt.

- Tiêm thuốc giãn mạch dưới kết mạc để chống thiếu máu kết mạc.

- Trường hợp bỏng độ II hoặc độ III có thể quyết định điều trị phẫu thuật tức thì. Đó là phẫu thuật cắt kết mạc hoại tử và rạch kết mạc quanh rìa giác mạc, đồng thời phủ một phần giác mạc. Phẫu thuật này giúp loại trừ chất ăn mòn, làm tăng sức sống của kết mạc và làm trong giác mạc.

Vitamin c có thể tránh được loét giác mạc sâu và phồng màng Descemet, thuốc có thể dùng tại chỗ hoặc toàn thân. Trường hợp hoại tử kết mạc, điều trị dựa vào liệu pháp máu tự thân: tiêm dưới kết mạc 2-3ml máu của chính bệnh nhân, nó có tác dụng hoà loãng chất ăn mòn, tiêu fibrrin và kháng colagennza và vai trò đệm bảo vệ ngăn cản dính mi - cầu. Cũng có thể phòng dính mi - nhãn cầu bằng cách: đặt một kính tiếp xúc củng mạc đặc biệt, kết hợp tiêm corticoid dưới kết mạc.

2.2. Điều trị giai đoạn muộn: Đó là điều trị dị chứng:

- Mi mắt có thể có những sẹo co kéo gây lộn mi, quặm, lông xiêu đòi hỏi phải phẫu thuật.

- Lệ đạo: có thể bị tắc (vì thế việc bơm rửa lệ đạo cấp cứu rất quan trọng).

- Kết mạc: trường hợp dính mi - cầu đòi hỏi phải tái tạo kết mạc cùng đổ bằng niêm mạc miệng.

- Giác mạc: trường hợp sẹo giác mạc (đục, trắng rộng do di chứng) có thể phẫu thuật ghép giác mạc. Trường hợp giác mạc đục “trắng như sữa” có tân mạch, có thể ghép giác mạc nhưng tiên lượng xấu.

**3. Đề phòng bỏng mắt:**

Tổ chức tốt an toàn lao động: che chắn, đeo kính khi làm việc ở những chỗ nguy hiểm (tôi vôi, nấu gang, kho hóa chất...) ở các cơ sở có thể gặp tai nạn bỏng mắt (phòng thí nghiệm, kho hoá chất...) phải có vòi nước để rửa mắt cấp cứu và một số thuốc tương kỵ cần thiết: Huyết thanh sinh lý, nừớc đường đặc, dung dịch natri bicacbonnat 2%, dung dịch axit acetic 2%, giáo duc trẻ không chơi các trò chơi nguy hiểm như: Đốt các vật lạ, ném đá vào hổ tôi vôi...

Bài 10: CHÂN THƯƠNG MẮT

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được các loại chấn thương đụng dập nhãn cầu và cách xử lý

2. Trình bày được các loại vết thương ở mắt và cách xử lý

Chấn thương mắt hay gặp ở nước ta do các tai nạn sinh hoạt, lao động, giao thông.

Chấn thương mắt có thể chỉ xảy ra tổn thương đơn thuần ở nhãn cầu, ở mi mắt, hay hốc mắt hay phối hợp với các tổn thương. Nó để lại di chứng về giải phẫu và chức năng của mắt, làm giảm nhẹ hoặc trầm trọng thị lực của mắt, tuỳ thuộc vào mức độ tổn thương.

**1. Chấn thương đụng dập nhãn cầu**

Đặc điểm: Đụng dập là tổn thương không phải do tác nhân nhọn sắc gây ra mà do các loại tác nhân như: gậy đánh, tay đấm hay chấn thương do sức nổ của bom mìn.

Đụng dập có thể trực tiếp chạm vào mắt hoặc gián tiếp như: Chạm vào các vùng xung quanh mắt, hoặc bộ phận xa mắt. Đụng dập cơ quan thị giác, mi mắt nhưng cũng có thể gây tổn thương rất nặng và phức tạp như: Rách võng mạc, rách củng mạc, tổn hại nhiều tổ chức của nhãn cầu.

1.1. Đụng dập các bộ phận phụ thuộc:

*1.1.1. Mi và kết mạc:*

*a. Xuất huyết và tụ máu:*

Thường là xuất huyết và tụ máu ở mi và kết mạc. Khi có tụ máu dưới da mi cần chú ý tới thời gian xuất hiện:

- Xuất huyết ngay và tại chỗ sau khi đụng dập là do tổn thương tại chỗ, tổn thương ở mi.

- Xuất huyết chậm, sau vài giờ hay vài ngày, là do tổn thương ở hốc mắt hay ở não, xuất huyết hình gọng kính là do tổn thương nền sọ.

*b. Tụ khí dưới da mi và kết mạc:*

Sờ thấy cảm giác lạo xạo dưới da mi là do các xoang xung quanh hốc mắt

bị vỡ.

*c. Sụp mi:*

Do rách cơ nâng mi hay tổn thương dây thần kinh III.

*1.1.2. Đụng dập hốc mắt:*

Do tác động trực tiếp qua phần mềm làm vỡ xương hốc mắt, cũng có thể do gián tiếp, gãy xương sọ, xương mặt hay xương hốc mắt. Thường là gãy kín nên khó chẩn đoán. Khi chẩn đoán X - quang cần chú ý tới các vết rạn nứt của xương và sự thoát khí trong hốc mắt.

Nếu vỡ các thành hốc mắt, đụng dập có thể gây tăng dung tích của hốc mắt làm nhãn cầu lồi ra phía trước.

Xuất huyết nhiều ở tổ chức hố mắt cũng gây nên lỗi mắt.

*a. Vỡ thành trên (trần hốc mắt):*

- Khe dơi bị đè ép, khi thần kinh và huyết quản ở đó bị tổn thương gây nên hội chứng khe dơi.

- Vỡ ống thị giác, thần kinh II bị đè ép gây nên hội chứng đỉnh hố mắt.

- Nếu mảnh xương vỡ làm rách và thông động mạch cảnh trong với xoang tĩnh mạch hang, sẽ gây lồi mắt thẳng trục, nhãn cầu đập theo nhịp của động mạch.

*b. Vỡ thành dưới ( sàn hốc mắt):*

Nhãn cầu và tổ chức hốc mắt có thể tụt xuống xoang hàm.

1.2. Đụng dập nhãn cầu:

Thường do chấn động hay đè ép gây nên. Đụng dập nhãn cầu rất phức tạp, muôn vẻ. Có thể gây các loại thương tổn:

*1.1.2. Đụng dập giác mạc:*

Gây các loại tổn thương:

- Xước giác mạc: dễ khỏi

- Đục giác mạc: do dạn nứt lóp nội bị và màng Descemet, thuỷ tinh thấm qua chỗ nứt dạn vào mô nhục gây ra phù nề và đục giác mạc.

*1.1.2. Đụng dập củng mạc:*

Thường làm rách củng mạc ở cực sau hoặc ở nửa trên của nhãn cầu, gần ống Schlemm. Vết rách thường hình vòng cung. Chẩn đoán xác định cần dựa vào: tiền phòng sâu, nhãn áp thấp, kẹt giữa vết rách có thể là hắc nạc, thể mi hay thuỷ tinh dịch. Thuỷ tinh thể có thể chui ra nằm dưới kết mạc. Nhiều khi vết rách củng mạc bị xuất huyết dưới kết mạc che lấp. Khi nghi ngờ có rách, cần phải rạch và phẫu tích kết mạc thăm dò.

*1.2.3. Đụng dập mống mắt - thể mi:*

Gây các hiện tượng:

- Co đồng tử: là hiện tượng nhẹ nhất, do vỏ vòng đồng tử bị kích thích, sau 2-3 ngày sẽ khỏi.

- Giãn đồng tử: Giãn đồng tử không đều, bờ đồng tử hình răng cưa do rách các cơ vòng. Cũng có khi bờ đồng tử không rách.

- Đồng tử méo: thường do rách chân mống mắt hoặc rách bờ đồng tử. Rách chân mống mắt khu trú gây song thị một mắt. Rách chân nống mắt toàn bộ cho thấy mống mắt nằm ở cực dưới của tiền phòng. Nếu chảy máu tiền phòng vết thương mống mắt thường bị che lấp.

Đụng dập thể mi gây đau vùng thể mi, cương tụ vùng rìa, kích thích hoặc làm tê liệt cơ điều tiết, thường gây các hiện tượng:

- Cận thị co quắp điều tiết.

- Liệt điều tiết: liệt cơ điều tiết, bệnh nhân nhìn gần không rõ, không đọc được sách báo.

- Rối loạn nhãn áp: nhãn áp cao gây khích thích mắt, mù do teo thị thần kinh, nhãn áp hạ gây teo nhãn cầu.

Đau nhức vùng thể mi: cương tụ rìa, có phản ứng thể mi. Có thể có xuất huyết tiền phòng, nếu máu tiêu chảy sẽ gây thẩm lậu máu giác mạc.

*1.2.4. Đụng dập thuỷ tinh thể:*

Có thể gây các hiện tượng:

- Lệch thuỷ tinh thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.

Lệch thuỷ tinh thể không hoàn toàn do một số dây treo thuỷ tinh thể (dây Zinn) bị đứt. Thuỷ tinh thể ở tư thế bất thường: độ sâu của tiền phòng không đều, rung rinh mống mắt, song thị một mắt, có khi gây tăng nhãn áp thứ phát (do chèn ép góc tiền phòng).

Lệch hoàn toàn hay tuột thuỷ tinh thể do các dây chằng Zinn đứt hoàn toàn. Thuỷ tinh thể có thể nằm ở tiền phòng, rơi vào thuỷ tinh dịch hoặc nằm dưới kết mạc qua vết rách của củng mạc.

- Đục thuỷ tinh thể: có thể ngay sau khi đụng dập hay chậm hơn, đục toàn bộ hay khu trú một phần, đục vỏ bọc trước hay sau, đục do rách vỏ bọc hay do rối loại dinh dưỡng, viêm màng bồ đào sau sang chấn.

- Vỡ thuỷ tinh thể: mảnh nhân vỡ ra tiền phòng, có thể gây viêm mống mắt, thể mi và tăng nhãn áp.

*1.2.5. Đụng dập thuỷ tinh dịch:*

Gây xuất huyết thuỷ tinh do tổn thương các huyết quản ở thể mi , hắc mạc và võng mạc. Xuất huyết có thể khu trú hay lan toả, có thể gây ra tăng nhãn áp thứ phát hay phòi thuỷ tinh dịch ra tiền phòng. Máu tiêu đi có thể để lại đục thuỷ tinh dịch hay để lại những đám tổ chức liên kết hình thành sợi dây chằng làm trong thuỷ tinh dịch và kéo theo bong võng mạc.

*1.2.6. Đụng dập hắc - võng mạc:*

Gây các tổn thương:

- Xuất huyết võng mạc thể nhẹ, máu tiêu đi nhanh

- Xuất huyết hắc mạc, thường nhẹ hơn, xuất huyết nhiều có thể gây u giả tạo. Bong hắc võng mạc thường kèm theo rách hắc mạc.

- Rách hắc mạc, thường rách ở vùng Ora - Serrata và vùng hoàng điểm, có thể là rạn nứt hay rách.

- Bong võng mạc thường xuất hiện muộn, vài tuần sau khi bị sang chấn, có thể phát hiện muộn do bệnh nhân đến khám chậm hay do thầy thuốc bỏ sót, nhất là bong võng mạc ở vùng Ora - Seưata.

*1.2.7. Đụng dập thị thần kinh:*

Gây các hiện tượng:

- Tụ máu trong màng bọc thị thần kinh do xuất huyết từ não xuống, tụ máu nhiều gây thị lực giảm, ám điểm trung tâm, thị trường hẹp, gai thị phù nề, cương tụ, xuất huyết hay thiếu máu võng mạc, dẫn đến teo thị thần kinh.

- Vỡ hoặc rạn nứt ống thị giác gây kẹt hoặc đứt dây thần kinh thị giác. Rách thị thần kinh ở đoạn sau chưa có động mạch trung tâm võng mạc đi vào gây mù đột ngột, teo thị thần kinh sau vài tuần. Rách đoạn trước thị thần kinh, động mạch trung tâm võng mạc bị tổn hại, gây mù đột ngột, động mạch trung tâm thu hẹp và teo thị thần kinh. Thị thần kinh có thể bị đứt khỏi nhãn cầu. Soi đáy mắt, thấy đĩa che lấp diện gai thị.

1.3. Xử lý vết thương đụng dập:

*1.3.1. Ở tuyến cấp cứu:*

- Băng vô trùng mắt bị sang chấn.

- Giảm đau toàn thân: Aminazin, Dolâcgan.

- Chuyển đến tuyến chuyên khoa.

*1.3.2. Ở tuyến chuyên khoa:*

+ Đụng dập giác mạc:

- Kháng sinh tại chỗ và toàn thân

- Chống đau tại chỗ và toàn thân

- Chống dính mống mắt (rỏ atropin 1% vào mắt).

+ Máu tiền phòng:

- Sinh tố K,c

- Uống nước để tăng cường lưu thông thuỷ dịch

- Chống dính mống mắt (Rỏ atropin 1 %)

*Nếu máu nhiều có thể*

- Chọc hút máu tiền phòng, mổ giác mạc vùng rìa để lấy máu ra

- Rửa tiền phòng bằng dung dịch mặn đẳng trương có trộn kháng sinh

- Chống dính mống mắt (bơm hơi tiền phòng, rỏ atropin 1%)

- Phòng tăng nhãn áp thứ phát (cho uống fonurit, glycerlo...)

- Co đồng từ: rỏ atropin 1%

- Giãn đổng từ: rỏ Pirocarpin 1 %

+ Lệch và đục thuỷ tinh thể:

- Mổ cấp cứu khi có nhãn áp tăng thứ phát

- Những trường hợp khác có thể mổ sau vài tháng đến 1 năm, sau khi mắt yếu hoàn toàn.

+ Xuất huyết võng mạc - thuỷ tinh dịch

- Chống chảy máu: sinh tố K, c

- Khoét bỏ nhãn cầu nếu chảy máu nhiều, thị lực ST (-), điều trị nội khoa không đỡ, đau rức nhiều do tăng nhãn áp.

+ Bong rách hắc - võng mạc:

Nội khoa:

- Bất động (băng hai mắt, để bệnh nhân nằm tại giường).

- Giảm phù nề: Uống glycerol 50% (3g/kg cơ thể).

Ngoại khoa:

- Hút nước phía sau vùng bong võng mạc

- Áp điện đông quanh vùng bong.

*\*Đụng dập mi và kết mạc:*

Xuất huyết bầm tím:

- Chườm nóng

- Sinh tố K, c

Rách da mi toàn thân và tại chỗ

- Chống đau

*\* Đụng dập hốc mắt:*

- Nếu có phối hợp nhãn cầu, cần điều trị tổn thương nhãn cầu

- Nếu phối hợp với tổn thương sọ não, xoang xương mặt cần phối hợp vói các chuyên khoa tai mũi họng và phẫu thuật thần kinh.

- Mổ cấp cứu các trường hợp có chèn ép thị thần kinh.

**2. Vết thương ở mắt**

2.1. Vết thương nhãn cầu:

*2.7.2. Vết thương nông ở nhãn cầu:*

*a. Vết thương ở kết mạc:*

Thường là rách kết mạc, có thể có dị vật hay không có dị vật, rách kết mạc đơn thuần hay phối hợp với vết thương ở nhãn cầu.

*b, Vết thương nông ở giác mạc:*

Không có dị vật: Xước biểu bì giác mạc hay rách sâu đến lớp mô nhục, song chưa thủng cần phải khâu giác mạc. Khi khỏi bệnh, để lại sẹo giác mạc. Tuỳ theo sẹo dày hay mỏng, vị trí ở trung tâm hay ngoại vi mà thị lực giảm nhiều hay ít.

Có dị vật ở giác mạc: Mắt bị kích thích nhiều và dễ nhiễm trùng.

- Dị vật là kim loại như sắt, đồng, gây hiện tượng Oxy hoá kèm thâm nhiễm giác mạc.

- Dị vật như thuỷ tinh, gai dứa, lông sâu róm... thường nhỏ, khó phát hiện. Lấy dị vật thường khó.

*2.7.2. Vết thương xuyên thủng nhãn cầu:*

Thường chiếm tỷ lệ từ 35% đến 50% tổng số vết thương mắt. Trong chiến tranh, tỷ lệ vết thường xuyên nhãn cầu chiếm 44%.

*a. Đặc điểm*

- Phòi các tổ chức, đục các chất dịch trong nội nhãn, ảnh hưởng đến chức năng thị giác.

- Chảy máu chất dịch, rối loạn chất dịch làm ảnh hưởng đến dinh dưỡng của mắt.

- Vết thương là đường vào của vi trùng, mắt dễ bị viêm nhiễm

- Tổ chức bị huỷ hoại, tạo ra các độc tố gây dị ứng

- Gây nhãn viêm đồng cảm.

*b. Phân loại*

Có hai loại:

*\* Vết thương xuyên nhãn cầu không có dị vật:*

+ Vết thương thủng giác mạc:

- Triệu chứng cơ năng: mắt đau nhức, thị lực giảm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

- Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc: cương tụ rìa

- Giác mạc: vết rách nhỏ thường kín, tiền phòng còn, không gây kẹt mống mắt, khó phát hiện khi khám, cần đủ ánh sáng, khám tỉ mỉ.

Nếu vết thương rộng, giác mạc rách theo một đường hay nhiều đường, bờ vết rách nham nhở, đa số dẫn đến mù, vết thương giác mạc ở trung tâm có thể làm giảm thị lực nhiều.

Tiền phòng: có thể nông hoặc sâu tuỳ theo kích thước của dị vật. Nếu dị vật nhỏ, vết thương nhỏ, tiền phòng chóng hồi phục. Dị vật to, vết thương to, tiền phòng có thể mất hoàn toàn, khó hồi phục. Ngoài ra tiền phòng còn có thể làm mủ, mầu, dị vật...

Mống mắt: thường bị rách hoặc bị kẹt vào vết thương của giác mạc gây đồng tử méo.

Thuỷ tinh thể: đục, lệch và vỡ thuỷ tinh thể

Vết thương xuyên củng mạc: rất trầm trọng, gây nhiều tổn thương như: Phòi thuỷ tinh dịch, xuất huyết võng mạc - thuỷ tinh dịch, phòi hắc - võng mạc - thể mi, dễ gây viêm màng bồ đào và nhãn viêm đồng cảm. Nếu vết thương nhỏ

, xuất huyết kết mạc che lấp, cần phẫu tích kết mạc để thăm dò. Vết thương to gây ra nhiều tác hại trầm trọng.

*\* Vết thương xuyên nhãn cầu có di vât nôi nhãn:*

Vết thương loại này rất nặng, gây ra nhiều biến chứng: Đau nhức, viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp thứ phát và nhãn viêm đồng cảm. Vì vậy khó bảo tồn, đa số các trường hợp phải khoét bỏ mắt. Tính chất trầm trọng của vết thương có dị vật nội nhãn phụ thuộc vào các yếu tố sau đây:

Tính chất dị vật là kim loại hay không phải kim loại, kim loại là chất dễ Oxyt hoá hay không Oxyt hoá.

Khả năng nhiễm trùng của dị vật

Kích thước của dị vật (loại dị vật nhỏ, bờ đều đặn, gây tổn thương ít, loại dị vật to, bờ nham nhở, gây tổn thương nặng).

Vị trí của dị vật trong nhãn cầu (dị vật ở thuỷ tinh thể ít gây kích thích; dị vật ở mống mắt, thể mi gây kích thích nhiều).

Thời gian dị vật lưu lại trong nhãn cầu: dị vật ở càng lâu càng khó lấy, vì tổ chức xơ do phản ứng viêm bao bọc dị vật làm dị vật dính vào nhãn cầu. Hiện tượng Siderose thường xảy ra 1 hoặc 2 tháng sau khi bị sang chấn. Hiện tượng Chalcose thường xảy ra 1 hoặc 2 năm sau khi bị sang chấn.

2.2. Vết thương mi mắt và bộ phận phụ thuộc:

Đa số vết thương mi phối hợp với vết thương nhãn cầu. Vết thương mi có thể nông, chỉ ở ngoài da, cũng có thể sâu vào đến lớp cơ, sụn...

Vết thương bờ mi gây sứt mi, vết thương góc ngoài mắt gây đứt dây chằng mi, nếu ở góc trong mắt gây tổn thương dây chằng mi và túi lệ, làm tắc lệ đạo, chảy nước mắt.

2.3. Vết thương hốc mắt:

Đa số sang chấn hốc mắt là vết thương phối hợp với nhãn cầu, sọ não, hàm mặt nên rất trầm trọng.

Tổn thương và hình thái lâm sàng thay đổi tuỳ theo đường đi của dị vật. Dị vật đi từ trước ra sau, không xuyên nhãn cầu, có thể gây tổn thương não. Dị vật đi từ phải qua trái, gần bờ hốc mắt làm tổn thương nhãn cầu. Có thể cả hai mặt. Nếu ở sau nhãn cầu có thể làm đứt hệ thần kinh một bên hoặc hai bên.

Đối với những vết thương ở mắt, nếu nghi dị vật, đều phải chụp X - quang để phát hiện cản quang ở mắt.

2.4. Nguyên tắc xử lý vết thương:

*2.4.1. Vết thương nông ở nhãn cầu.*

- Chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh

- Chống đau: rỏ dicain 1%, uống các thuốc giảm đau, an thần

- Chống dính: rỏ atropin 1%

Nếu có dị vật cần phải:

- Rửa mắt để lấy hết các dị vật nhỏ

- Lấy dị vật còn lại, nếu dị vật bám sau giác mạc, phải lấy theo các phương pháp sau:

Dùng dao lá lúa (dao mổ đục thuỷ tinh thể) xuyên qua giác mạc, để đỡ dao dưới dị vật nhằm bảo vệ thuỷ tinh và tránh không cho dị vật rơi vào tiền phòng, dùng cặp để lấy dị vật.

Phương pháp Paufique và phương pháp Fox là bóc lóp giác mạc để lấy dị vật. Mở nhãn cầu, lật giác mạc để lấy dị vật qua mặt trong của giác mạc

*2.4.2. Vết thương xuyên thủng nhãn cầu:*

*a. Rửa vết thương:*

- Rửa vết thương cần nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương thêm hoặc phòi các tổ chức trong nhãn cầu.

- Rửa bên ngoài nhãn cầu, lấy hết các dị vật và chất bẩn, không dùng dụng cụ chọc vào vết thương.

- Nếu là vết thương xuyên nhãn cầu, phải dùng nước vô trùng có pha kháng sinh để rửa và chỉ rửa trước khi xử trí vết thương.

*b. Cắt lọc tổ chức, phải hết sức tiết kiệm:*

- Đối với mống mắt, thể mi và hắc mạc, phải hết sức tiết kiệm.

Bệnh nhân đến sớm, trước 6 giờ, vết thương sạch, mặc dù mống mắt, thể mi hay hắc mạc phòi ra ngoài, không dập nát, phải bảo tồn.

- Khâu vết thương là biện pháp chống nhiễm trùng và bảo vệ các tổ chức trong nhãn cầu.

*c. Phòng các biến chứng:*

- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh tại chỗ và toàn thân liều cao.

- Chống xuất huyết bằng Vitamin K,c, băng kín hai mắt, để bệnh nhân nằm tại giường.

- Đề phòng nhãn viêm đổng cảm: theo dõi mắt lành và xử lý khoét bỏ mắt bị sang chấn, khi chức năng của mắt đó hỏng và điều trị bảo tồn không kết quả.

**3. Phòng bệnh**

- Giáo dục ý thức phòng tai nạn sang chấn mắt cho mọi người, đặc biệt là công nhân và trẻ em.

Trong sản xuất những người không có khả năng lao động không được ở những nơi nguy hiểm.

- Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chặt chội. Các máy móc phải có lá chắn an toàn. Công nhân phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các chế độ quy định.

- Tổ chức tuyến sơ cứu và tổ chức tốt cấp cứu từ cơ sở sản xuất lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí kịp thời.

Xử trí càng sớm, càng có nhiều khả năng bảo vệ chức năng của mắt.

PHẦN 3: TAI-MŨI-HỌNG

Bài 1: PHƯƠNG PHÁP KHÁM TAI-MŨI-HỌNG

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được đặc điểm chung của bệnh lý tai mũi họng

2. Trình bày được cách khám tai mũi họng và chức năng sinh lý của nó

**I. Đại cưong chuyên ngành Tai mũi họng:**

Tai mũi họng là những hốc nằm sâu trong vùng đầu cổ. Các hốc này được bao bọc ngoài bởi xương như các xoang mặt, mũi, tai và xương chũm; bởi sụn như thanh quản, bởi cơ màng như họng. Bên trong được lót một lớp niêm mạc, phần lớn là niêm mạc trụ có lông chuyển (niêm mạc đường hô hấp) như mũi xoang, tai và các tế bào xương chũm, trừ họng và phần tiền đình thanh quản là lát tầng. Lớp niêm mạc này được chi phối bởi hệ thống mạch máu và thần kinh rất phong phú, do đặc điểm cấu trúc như vậy nên bệnh lý của tai mũi họng là bệnh lý của hệ niêm mạc là chính. Đã là bệnh lý của niêm mạc thì dễ bị tái phát, nhất là ở những cơ địa dị ứng, thể tạng tân, trẻ em...

Các cơ quan tai mũi họng lại thông với nhau như các xoang thông với mũi, mũi họng thông với tai, xương chũm qua vòi nhĩ và thông với thanh quản qua đó liên quan trực tiếp với khí, phế quản, phổi. Hạ họng nằm ở hai bên thanh quản qua đó liên quan đến thực quản và đường tiêu hoá. Bởi vậy khi khám tai mũi họng cần phải khám đầy dủ, thực sự phải tôn trọng mối liên quan này.

Tai mũi họng đảm nhận những chức năng quan trọng của cơ thể như:

* Thở, ăn là những chức năng sống.
* Nghe, nói, ngửi, nếm, phản xạ, thăng bằng... đảm bảo chức năng giao tiếp với bên ngoài, xã hội...

Nếu bị tổn thương các chức năng này sẽ ảnh hưởng đến đời sống, sự phát triển trí tuệ, tâm lý và chất lượng cuộc sống nói chung.

Tai mũi họng là cửa ngõ của các cơ quan nên nó luôn luôn tiêp xúc với không khí ô nhiễm, thức ăn bẩn, nên dễ bị bệnh đầu tiên, rồi từ đó lan đi nơi khác. Vì vậy xung quanh vùng này được cấu trúc một hệ thống tổ chức lympho gọi là vòng bạch huyết Waldeyer gồm: Amidan vòm của Luska, Amiđan vòi (Gerlach), Amiđan khẩu cái, Amiđan lưỡi (hình 1) làm nhiệm vụ bảo vệ cơ thê, chống lại các yếu tố lạ xâm nhập vào cơ thể. Chính hệ thống này tham gia tích cực vào quá trình miễn dịch của cơ thể con người.

**II. Khám tai**

***1. Tai ngoài:***

- Màu sắc da thế nào?

- Hình dạng có bình thường không?

- Kéo tai xem có đau không?

***2. Tai giữa:***

- Phải quan sát được màng nhĩ: hình tròn, hơi bầu dục, kích thước xấp sỉ 10x12mm (cỡ bằng vẩy ốc)

- 4/5 ở phía dưới trong và bóng (như bong bóng cá) gọi là màng căng.

- 1/5 ở phía trên có màu trắng đục hoặc phớt hồng gọi là màng chùng

- Phía trước trên có 1 chấm trắng là mấu ngắn của xương búa. Từ đó có một vệt trắng chạy về trung tâm màng nhĩ gọi là cán xương búa.

- Khi đèn chiếu sáng vào thấy góc trước dưới có 1 vành sáng gọi là nón sáng (chỉ có khi chiếu đèn, ở vị trí góc trước dưới).

**III. Khám mũi:**

Mũi có hai phần

- Tháp mũi

- Hốc mũi

+ Tiền đình của hốc mũi: là phần có lông và các tuyến mũi

+ Hốc mũi chính thức

- Chức năng

+ Ngửi

+ Thở

+ Phát âm

- Khi thở:

+ 9/10 không khí đi xuống dưới

+ 1/10 không khí đi vào vùng ngửi phía trên

- Bệnh lý : Mất ngửi

+ Giảm ngửi

+ Mất ngửi hoàn toàn

- Chức năng phát âm: Mũi đóng vai trò 1 hộp cộng hương âm

 *\* Khám mũi bình thường*

- Quan sát tháp mũi

+ Màu sắc da

+ Hình dạng

+ Sờ nắn

- Quan sát hốc mũi: Thấy được

+ Vách ngăn

+ Sàn mũi

+ Các cuốn mũi: Dưới, giữa

+ Các khe mũi: Dưới, giữa, trên (Niêm mạc hồng, ướt, không ứ đọng nhầy, mủ)

**IV. Khám họng**

- Là 1 ống cơ màng dài 12cm

- Chia 3 phần bằng nhau

+ Họng mũi (tỵ hầu): dài 4cm

+ Họng miệng (khẩu hầu ): dài 4cm

+ Họng thanh quản (thanh hầu); dài 4cm

- Họng mũi: Bắt đầu từ nền sọ xuống đến bờ dưới của màng hầu

Phía trước thông ra cửa mũi sau

Phía trên có amygdale nóc vòm (V.A)

Hai thành bên có hai lỗ vòi tai Eustachi đổ vào họng mũi và có 2 Amygdale vòi thông ra vòi tai

- Họng miệng:

+ Phía trước mở ra hốc miệng

+ Có 2 Amygdale khẩu cái ở hai bên thành họng: là khối tổ chức bạch huyết (thường gọi là Amygdale)

+ Phía dưới là thanh quản: Có chứa bộ phận phát âm.

+ Phía sau là họng chính thức: là nơi để cho thức ăn đi qua xuống thực quản.

*\* Chức năng:*

- Hô hấp: tiếp tục của mũi

- Ăn uống

- Phát âm

*\* Khám họng*

- Quan sát từ môi đến thành sau họng

- Dùng đè lưới đè 2/3 trước của lưỡi xuống

- Bình thường: niêm mạc họng màu hồng và ướt, trong họng không ứ đọng đờm mủ, nhầy mủ

- Lấy que thăm dò để xem phản xạ co màn hầu, phản xạ nôn oẹ còn tốt không

- Để nhìn được nóc vòm và thanh quản 🡪 dùng gương để soi. Những phần đó sẽ chiếu vào gương và phản xạ đến mắt người khám.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**

**Câu 1. Bệnh lý chính của tai mũi họng là bệnh lý của: *(Tìm ý đúng)***

a. Hệ tuần hoàn

b. Cơ

c. Xương

d. Niêm mạc

e. Thần kinh

**Câu 2. Đặc điểm bệnh lý của tai mũi họng là:*Đúng/Sai***

a. Dễ bị tái phát

b. Dễ xử trí

c. Nhanh khỏi

d. Phụ thuộc cơ địa

e. Không phụ thuộc lứa tuổi

**Cáu 3. Vòng bạch huyết Waldeyer có: *Tìm ý sai***

a. Amidan vòm

b. Amiđan lưỡi

c. Amiđan khẩu cái

d. Hạch bạch huyết góc hàm

e. Amiđan vòi

**Câu 4. Màng căng ở : *Tìm ý đúng***

a. 4/5 ở phía trên

 b. 4/5 ở phía dưới

c. 1/2 ở phía dưới

d. 1/2 ở phía trên

e. Tất cả đều sai

**Câu 5. Chức năng mũi : *Đúng/Sai***

1. Nghe
2. b Ngửi
3. c Thở

d. Phát âm

e. Bài tiết

**Cáu 6. Trong hốc mũi có : *Tìm ý sai***

a. Vách ngăn

b. Màn hầu

c. Cuốn dưới

d. Tháp mũi

e. Khe giữa

**Câu 7. Người ta phân chia họng thành: *Tìm ý đúng***

A. 2 phần

B. 3 phần

c. 4 phần

D. 5 phần

E. 6 phần

Bài 2: VIÊM MŨI, CHẢY MÁU MŨI

**Mục tiêu :**

1. Trình bày nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây chảy máu mũi

2. Trình bày được triệu chứng, hướng xử trí bệnh nhân bị chảy máu mũi

3. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng điều trị bệnh viêm

mũi

**I. Viêm mũi cấp tính thông thường**

***1. Nguyên nhân***

• Do virus là nguyên nhân hay gặp và thường gặp nhiều loại, chủ yếu là Adenovirus, loại virus này cũng thường gây viêm họng.

• Do vi khuẩn: viêm họng, viêm Amidan, viêm VA

• Do thời tiết thay đổi: lạnh, ẩm kéo dài...

• Do các chất kích thích hay chất dễ gây dị ứng (dị nguyên).

• Các yếu tố thuận lợi: cơ thể suy yếu, kém dinh dưỡng, nhiễm lạnh đột ngột.

***2. Triệu chứng lâm sàng***

*a. Toàn thân:*

Người bệnh thường có cảm giác mệt mỏi, sốt nhẹ hoặc gai rét, ớn lạnh, nhức đầu và ăn, ngủ kém.

*b. Cơ năng*

• Cảm giác nóng, cay hoặc ngứa mũi

• Ngạt tắc mũi, thường ngạt tắc 2 bên, có khi chỉ có một bên, ngạt tăng nhiều về ban đêm, bệnh nhân phải thở bằng miệng.

• Chảy nước mũi: thường là chảy hai bên, lúc đầu dịch trong, sau trở thành dịch nhầy, có thể thành mủ. Nếu xì mạnh thường có lẫn ít máu tươi.

• Ngửi kém hoặc mất ngửi do ngạt tắc mũi gây ra. Khi bệnh nhân thở thông, chức năng ngửi lại trở nên bình thường.

*c. Thực thể*

• Soi mũi trước thấy miêm mạc hốc mũi xung huyết, đỏ sau thành nề sũng.

• Sàn mũi và khe dưới có dịch nhầy hay mủ ứ đọng, khe giữa không có mủ.

• Cuốn mũi dưới 2 bên thường bị sưng nề, đỏ, che kín cửa mũi trước, nếu đặt thuốc co mạch cuốn dưới co hồi tốt và bệnh nhân lại thở thông.

***3. Diễn biến***

Bệnh thường diễn biến từ 5 - 7 ngày rồi lui dần và tự khỏi. Tuy nhiên nếu cơ thể bị suy nhược, vi khuẩn bội nhiễm, quá trình viêm có thể kéo dài và lan ra đường hô hấp, gây nên các biến chứng nặng nề hơn như: Viêm thanh quản, viêm phế quản hoặc viêm xoang hàm, viêm tai giữa.

***4. Điều trị***

• Nghỉ ngơi, giữ ấm và nâng cao thể trạng là chủ yếu.

• Chống ngạt tắc mũi bằng cách xì mũi hay hút, rửa mũi để làm sạch các chất dịch tiết và mủ, nhỏ các thuốc co mạch như: Ephedrin 1- 3%, Naphazolin 0,05 - 1% hay các dung dịch khác như Sulfarin, Oxy methazolin, Nacl 9%0...

. Nhỏ các thuốc sát trùng nhẹ: các dung dịch kháng sinh, Argyrol 1 - 3%...

• Xông hơi bằng các thuốc có tinh dầu như tinh dầu bạc hà, khuynh diệp...

• Khí dung mũi: bằng các dung dịch kháng sinh, phối hợp với coticoid...

• Dùng các thuốc điều trị triệu chứng khác như chống đau đầu, giảm ho...

• Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc biến chứng.

***5. Phòng bệnh***

• Tránh bị lạnh hay ẩm đột ngột hoặc kéo dài

• Giữ gìn vệ sinh mũi họng tốt, nhỏ mũi bằng các dung dịch Nacl 9‰ hàng ngày, đeo khẩu trang khi tiếp xúc với bụi, súc họng bằng các dung dịch kiềm.

• Tránh tiếp xúc với các yếu tố gây kích thích: cay, nồng, hơi kiềm mạnh, bụi và khí axít...

**.** Điều trị tốt các ổ viêm nhiễm ở mũi họng: viêm Amidan, viêm VA..

**II. Viêm mũi mạn tính**

Có 2 thể lâm sàng hay gặp:

***1. Viêm mũi xuất tiết:***

Thường gặp ở trẻ em, do viêm VA hoặc viêm mũi cấp tái diễn nhiều lần. Bệnh tích chủ yếu là ở niêm mạc: niêm mạc mũi dày, nhợt nhạt, mất lông chuyển, các tuyến tiết nhầy phát triển và tăng tiết quá mức.

*a. Lâm sàng*

• Triệu chứng chính là chảy mũi nhầy trong hoặc đục cả 2 bên và kéo dài.

• Ngạt tắc mũi, ngạt tăng lên khi có thay đổi thời tiết hoặc cơ thể suy yếu.

• Có thể có ho kéo dài hoặc khàn tiếng do mũi nhầy chảy xuống họng, thanh quản và ngạt mũi nên phải thở bằng miệng

• Khám mũi: Da ở cửa mũi nề đỏ, có vết nứt, niêm mạc hốc mũi nề, cuốn dưới to, sàn mũi và khe dưới nhiều tiết nhầy.

*b. Tiến triển:* Nếu không được điều trị sẽ dẫn đến: Viêm mũi quá phát, viêm xoang mạn tính, viêm họng mạn tính, viêm tai giữa hoặc viêm thanh, khí phế quản.

*c. Điều trị*

• Tại chỗ: làm sạch và thông thoáng mũi, nhỏ mũi bằng các thuốc co mạch, sát trùng hay làm săn niêm mạc Argyrol 1 - 3%, khí dung mũi bằng dung dịch cortioid.

Điều trị toàn thân: thể tạng tân uống dầu cá, xiro canxi

***2. Viêm mũi quá phát***

Là hậu quả của viêm mũi xuất tiết kéo dài, những cơn xung huyết tái diễn thường xuyên.

*a. Tổn thương bệnh học*

• Giai đoạn đầu: Niêm mạc viêm mạn tính, tăng tiết của tuyến tiết nhầy. Tổ chức cương ở cuốn dưới dãn và nở to.

• Giai đoạn sau: Tổ chức liên kết dưới niêm mạc phát triển mạnh, các tuyến tiết nhầy nở to, niêm mạc trở nên xám nhạt, cuốn dưới quá phát to ra, đặt thuốc co mạch co hồi ít hoặc không co.

*b. Lâm sàng*

- Ngạt tắc, mũi: là triệu chứng chính, lúc đầu ngạt nhiều về đêm, khi thay đổi thời tiết, lúc bên này lúc bên kia, về sau ngạt tăng dần, rồi đến tắc hoàn toàn.

- Ngửi kém hoặc mất ngửi do ngạt tắc mũi và tình trạng viêm kéo dài gây nên. Đêm ngủ thường ngáy to, sáng dậy hay bị khô và rát họng, ho hoặc khạc tiết nhầy, nói giọng mũi kín.

- Khám mũi: có thể thấy bệnh tiến triển qua 2 giai đoạn

• Giai đoạn xung huyết: Niêm mạc nề đỏ, cuốn dưới nề to làm hẹp đường thở nhưng đặt thuốc co mạch cuốn dưới co hồi tốt.

• Giai đoạn quá phát: cuối dưới to, sát vào vách ngăn, làm lấp đường thở, bề mặt thường gồ ghề, màu sắc xám nhạt, trắng đục, đặt thuốc co mạch co hồi chậm và hạn chế hoặc không co hồi. Cuốn giữa cũng có thể bị quá phát ở đầu cuốn.

Nếu đầu xương cuốn giữa quá phát sẽ có xu hướng phình to và tạo thành xoang hơi làm cho đầu cuốn tì vào củ vách ngăn gây ra nhức đầu.

- Soi mũi sau: đuôi cuốn dưới quá phát làm che lấp cửa mũi sau, màu tím bầm, mặt gồ ghề. Đuôi vách ngăn quá phát trông giống như hai khối hình thoi ở 2 bên bờ sau vách ngăn.

*c. Xử trí*

-Tại chỗ

• Giai đoạn xung huyết: Tiêm vào cuốn dưới coticoid hoặc chất gây xơ

• Giai đoạn quá phát:

• Đốt cuốn dưới: đông diện, nitơ lỏng

• Phẫu thuật chỉnh hình cuốn dưới

- Toàn thân: chống cơ địa dị ứng, tạng tân, ức chế giao cảm

- Điều trị nguyên nhân: nạo VA, cắt A, viêm xoang mạn tính, chỉnh hình vách ngăn

**III. Chảy máu mũi**

***1. Nguyên nhân***

Nguyên nhân chảy máu mũi rất phức tạp. Trên nguyên tắc vừa phải điều trị cầm máu mũi, vừa đi tìm nguyên nhân.

Có thể chia nguyên nhân gây chảy máu mũi thành 3 nhóm như sau :

*a. Nguyên nhân tại chỗ :*

• Do viêm nhiễm tại chỗ: viêm mũi cấp, viêm xoang cấp, do viêm loét ở mũi, do dị vật mũi.

• Do khối u :

**.** u lành tính: u máu, polip chảy máu, u xơ vòm mũi họng,

**.** u ác tính: ung thư mũi, ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng (NPC)

• Do chấn thương :

• Thò tay ngoáy, cạy mũi

• Những chấn thương lớn do tai nạn

• Bị ngã, đấm vào mũi

***2. Nguyên nhân toàn thân :***

*a. Bệnh về máu và thành mạch*

* Bệnh ưa chảy máu
* Bệnh bạch cầu cấp, mạn tính.
* Bệnh siảm tiểu cầu
* Suy tủy
* Rối loạn các yếu tố đông máu . Cao huyết áp, xơ vữa mạch máu.

*b. Các bệnh toàn thân khác:*

* Bệnh Denker
* Sốt xuất huyết
* Các bệnh suy gan, thận mạn tính

***3. Vô căn:***

Khoảng 70% số bệnh nhân chảy máu mũi là vô căn (Không rõ nguyên nhân)

**II. Cách xử trí**

Sơ đồ xử trí khi gặp bệnh nhân chảy máu mũi:

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ :**

***Câu 1.* Nguyên nhân hay gặp nhất của viêm mũi cấp thông thường do: *Tìm ý đúng***

a. Do vi khuẩn

b. Do virus

c. Do thời tiết thay đổi

d. Do các chất kích thích

e. Cơ thể suy yếu

***Câu 2.* Triệu chứng cơ năng của viêm mũi cấp: *Đúng/Sai***

a. Ngạt tắc mũi

b. Đau nhức nhiều vùng mũi

c. Ngửi kém hoặc mất ngửi

d. Chảy máu mũi

e. Chảy nước mũi

**Câu 3. Người ta thường điều trị viêm mũi cấp thông thường theo hướng:**

***Tìm ý sai***

a. Khí dung mũi

b. Nâng cao thể trạng là chủ yếu

c. Nhỏ các thuốc co mạch

d. Điều trị kháng sinh liều cao ngay từ đầu

e. Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc biến chứng

***Câu 4*. Viêm mũi mạn tính có : *Tìm ý đúng***

a. 2 thể

b. 3 thể

c. 4 thể

d. 5 thể

e. Không phân chia thể

***Câu 5*. Viêm mũi xuất tiết thường gặp ở:*Tìm ý đúng***

a. Người già

b. Trung niên

c. Trẻ em

d. Người bị viêm gan

e. Tất cả đều sai

***Câu 6.* Viêm mũi quá phát thường gây: *Đúng/Sai***

a. Ngửi kém hoặc mất ngửi

b. Đau nhức mũi

c. Chảy máu mũi

d. Ngạt tắc, mũi

e. Tất cả đều đúng

***Câu 7*. Nguyên nhân gây chảy máu mũi hay gặp nhất do : *Tìm ý đúng***

a. Do chấn thương

b. Do viêm nhiễm tại chỗ

c. Phần lớn chưa rõ nguyên nhân

d. Bệnh về máu

e. Bệnh về thành mạch

***Câu 8*. Người ta có thể cầm máu mũi bằng: *Đúng/Sai***

a. Xylometazolin

b. Hydrocortison

c. Adrenalin 1/10000

d. Sulpharin

e. Atropin

Bài 3 : UNG THƯ VÒM MỮI HỌNG

**MỤC TIÊU :**

1. Trình bày nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây ung thư vòm mũi

họng.

2. Trình bày được triệu chứng, hướng xử trí bệnh nhân bị ung thư vòm mũi họng

**I. Dịch tễ học**

- Trên thế giới: Có ba vùng mắc bệnh này với các tỷ lệ khác nhau:

Vùng có tần số mắc cao nhất là Đông Nam Á, Trung Quốc, Hồng Kông, Việt Nam, Philipine, Singapore và vùng Đông, Bắc Châu Phi.

*Vùng có tần so mắc thấp nhất* vào khoảng 0,25% như ở Châu Âu - Châu Mỹ (EMC 1992).

*- Ở Việt Nam:*

**.** Ung thư vòm mũi họng là một trong năm loại ung thư hay gặp nhất (phế quản, dạ dày, vú, tử cung và vòm họng).

**.** Tỷ lệ mắc vào khoảng 10% so với ung thư toàn cơ thể (Phạm Thuỵ Liên - Hội nghị Ung thư vòm Việt - Pháp).

**.** Là loại ung thư hay gặp nhất trong vùng Tai Mũi Họng thuộc đường tiêu hoá và hô hấp trên.

**.** Về giới gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ khoảng 3/1.

**.** Tuổi: thường gặp là từ 45 - 55. Tuổi thấp nhất đã gặp là 4 và cao nhất là 84.

. Bệnh đã gặp ở mọi tỉnh thành, mọi miền, ở tất cả các vùng và các dân tộc.

**II. Nguyên nhân**

***1. Do virus Epstein - Barr (V.E.B - E.B. V).***

E. B.V thuộc nhóm virus Herpest, gây bệnh M.I - Mononucleosis infectious ở Châu Mỹ, bệnh L.B - Lymphome Burkitt ở Châu Phi và N.p.c - Ung thư vòm mũi họng ở vùng Đông Nam á.

Người ta đã phát hiện được gène (AND) của E.B.V ở trong tế bào, tổ chức ung thư vòm, qua phản ứng tổng họp chuỗi P.C.R và phản ứng miễn dịch dương tính với các kháng nguyên của E.B.V (IgA,M/VCA - kháng nguyên vỏ; IgAG/EA

- Kháng nguyên sớm, IgA,G/EBNA - kháng nguyên nhân).

***2. Do gene di truyền.***

N.p.c gặp nhiều ở những cá thể gốc đông nam á, dù di cư sang châu Âu, Mỹ, Úc cũng vẫn gặp với tỉ lệ cao hơn cả dân bản địa. Hiện nay đã tìm thấy sự rối loạn cấu trúc của nhiễm sắc thể và các đoạn gen đặc trưng trên hệ H.L.A.

*3. Các yếu tố nguy cơ liên quan như.*

• Các nhiễm trùng tai mũi họng mạn tính dai dẳng.

• Điều kiện kinh tế, mức sống thấp.

• Người sống ở vùng có nguy cơ mắc N.p.c cao.

**.** Làm nghề cao su, nhựa tổng hợp.

**.** Dùng nhiều các loại thực vật, tinh dầu..

**.** Các sản phẩm đốt cháy: khói, hơi Carbone, dầu hoả, hương trầm, hương chống muỗi.

Đặc biệt là ăn thường xuyên các thức ăn bị lên men chua, ôi, thiu. Trong thức ăn có nhiều Nitrosamine như cá muối, thịt kho, thịt hun khói, nước mắm...

**III. Triệu chứng**

Có 2 đặc điểm: Là các triệu chứng mượn của tai, mũi, hạch cổ và thần kinh. Bệnh thể hiện thường ở một bên.

***1. Các dấu hiệu về mũi.***

**.** Tắc ngạt mũi 1 bên tăng dần.

**.** Xì ra mũi nhầy lẫn máu, thỉnh thoảng, kéo dài.

. Khịt khạc nhầy lần máu.

***2. Các dấu hiệu về tai.***

. Ù tai tiếng trầm một bên.

. Nghe kém ở một bên.

. Viêm tai thanh dịch.

. Chẩy tai nhầy.

***3. Hạch cổ to.***

. Thường xuất hiện cùng bên với khối u.

. Có thể xuất hiện sớm nhất trước cả các dấu hiệu trên và khối u vòm.

. Vị trí hạch thuộc về dãy cảnh trên, hạch dưới cơ nhị thân - Kutner.

. Ở giai đoạn muộn, có thể có nhiều hạch, ở cả hai bên, thể tích hạch to dần, cứng, dính, cố định.

***4. Các dấu hiệu về thần kinh.***

. Đau đầu: Xuất hiện sớm, ở nửa đầu cùng bên khối u, đau âm ỉ, lúc đầu còn chịu tác dụng của thuốc giảm đau, ở giai đoạn muộn có các cơn đau dữ dội, ít chịu tác dụng của thuốc giảm đau.

. Liệt các dây thần kinh sọ não.

. Các dây thường bị liệt hay gặp và sớm là dây V, VI.

. Sau đó là III, IV, ix, X, XI, XII.

. Có thể bị liệt cả 12 dây sọ ở một bên.

**IV. Phân loại giai đoạn theo lâm sàng**

. Giai đoạn đầu: Toàn thân chưa bị ảnh hưởng.

. Giai đoạn toàn phát: Có nhiều nhóm triệu chứng xuất hiện, toàn thân đã bị ảnh hưởng, nhưng chưa có biểu hiện của nhiễm độc ung thư, chưa có di căn xa.

. Giai đoạn muộn: Toàn thân đã bị nhiễm độc với ung thư hoặc có di căn xa (phổi, gan, xương, hạch) không còn khả năng điều trị khỏi.

**V. Các phương pháp chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng**

***1. Các phương pháp chẩn đoán lâm sàng***

• Soi gián tiếp vòm họng.

• Nội soi vòm họng.

• Phát hiện tổn thương thực thể ở vòm họng: u sùi, loét, thâm nhiễm...

• Khám tìm hạch cổ to.

• Khám tìm liệt các dây thần kinh sọ não.

• Thăm khám toàn thân: Giai đoạn muộn có ảnh hưởng bởi sự nhiễm độc của ung thư.

Thăm khám tìm sự lan tràn của ung thư vòm tới mũi xoang, tai, họng miệng...

***2. Các phương pháp chẩn đoán Cận lâm sàng:***

- Mọi bệnh lý được chẩn đoán lâm sàng là ung thư đều phải dựa vào kết quả xét nghiệm sinh thiết giải phẫu bệnh của khối u.

- Hạch đồ: Chọc hạch để chẩn đoán tế bào học có di căn của ung thư biểu mô. Sinh thiết hạch cổ to (hoặc qua mổ lấy hạch cổ, nạo vét hạch cổ) để chẩn đoán tổ chức học: thấy di căn của ung thư biểu mô đến hạch.

- Sinh thiết khối u vòm họng: để có chẩn đoán dương tính của tổ chức học và cho biết ung thư biểu mô loại biệt hoá hoặc không biệt hoá...

- Xquang: Phát hiện tổn thương lan tràn rộng, phá huỷ xương nền sọ: film Hirtz, sọ nghiêng, C.T. scan..

**VI. Điều trị:**

***1. Tia xạ***:

• Là phương pháp chủ yếu để làm tan khối u và hạch cổ.

***2. Hoá chất:***

• Được áp dụng cho các giai đoạn muộn hoặc đã có di căn xa.

• Được kết hợp với điều trị tia xạ.

***3. Miễn dịch trị liệu:***

• Nhằm nâng cao sức đề kháng chung và khả năng miễn dịch của người bệnh.

***4. Phẫu thuật:***

Hiện nay chỉ áp dụng cho mổ lấy hạch hoặc nạo vét hạch cổ.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**

1. Phương pháp có giá trị chẩn đoán Ung thư vòm mũi họng nhất tà:

A. Nội soi

B. Chụp Xquang

c. CT-Scanner

 D. Sinh thiết

2. Các phương pháp điều trị chủ yếu trong Ung thư vòm mũi họng là:

A. Phẫu thuật

B. Chống viêm

c. Hoáchất

D. Tia xạ

3. Nguyên nhân gây ung thư vòm mũi họng là :

A. Viêm nhiễm

B. Chấn thương

c. Virus EBV

D. Viêm mũi họng mạn tính

4. Triệu chứng của bệnh ung thư vòm mũi họng là :

A. Ngạt mũi hai bên

B. Ngạt mũi một bên

c. Ngạt mũi một bên tăng dần

D. Ngạt mũi hai bên tăng dần

5. Triệu chứng của bệnh ung thư vòm mũi họng là :

A. Ù tai hai bên

B. Ù tai một bên

c. Ù tai tiếng cao một bên

D. Ù tai tiếng trầm một bên

Bài 4: VIÊM V.A CẤP, VIÊM A

**Mục tiêu :**

1. Trình bày nguyên nhân gây viêm Amiđan và viêm V.A theo YHHĐ.

2. Trình bày được triệu chứng, hướng điêu trị viêm V.A, Viêm Amiđan theo YHHĐ.

**I. Viêm V.A cấp**

***1. Đại cương:***

VA là viết tắt của chữ “Végétations Adénoïdes” nằm trong vòng Waldayer sản xuất các bạch cầu đơn nhân, một số tế bào đơn nhân chui qua lớp biểu mô và rơi vào trong các khe của VA.

. Viêm VA là nhóm bệnh đứng hàng đầu trong các bệnh tai mũi họng ở trẻ em (chiếm khoảng trên dưới 10% số trẻ dưới 10 tuôi), bản thân VA có thể bị viêm

nhiễm, tái phát nhiều lần và trở thành ổ vi khuẩn rồi từ đó phát sinh ra các đợt viêm nhiễm có thể gây ra biến chứng.

. VA là tổ chức lympho. VA gồm có VA vòm hay còn gọi là Amidan Luschka, VA vòi hay còn gọi là (Amidan Gerlach).

***2. Nguyên nhân***

• Nguyên nhân hàng đầu gây viêm VA là do virut hay gặp là các loại vi rút: Adenovirus, Rhinovirus, virut cúm, virut á cúm, virut hợp bào đuờng thở...

• Nguyên nhân do vi khuẩn hay gặp là Hemophilus influenzae, Phế cầu (S.pneumonie), Liên cầu đặc biệt lưu ý là liên cầu khuẩn tan huyết Bêta nhóm A.

• Ngoài ra VA còn có rất nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đó là yếu tố nội tạng như cơ địa tạng tân và những yếu tố ngoại lai như thời tiết nóng ẩm, bụi, khói thuốc...

***3. Triệu chứng:***

Viêm VA cấp tính là bệnh hay gặp ở trẻ từ 6 tháng tuổi đến 3- 4 tuổi.

*a. Triệu chứng toàn thân:* rất rõ rệt đó là trẻ thường sốt cao 38°-39°C có khi tới 40°c, trẻ quấy khóc bỏ bú, biếng ăn, ít khi có ỉa chảy hoặc nôn trớ.

*b. Triệu chứng cơ năng:* rất rõ rệt là.

• Chảy mũi nhày hoặc mũi mủ, chảy ra cả mũi trước và mũi sau

• Ngạt mũi: có khi ngạt một bên có khi ngạt hai bên làm cho trẻ bú khó khăn, thở khó khăn trẻ quấy khóc vật vã phải há mồm để thở.

• Ho, có thể do mũi chảy xuống họng hoặc thanh quản.

*c. Triệu chứng thực thể:*

- Soi mũi trước thấy hốc mũi hai bên đầy mủ, nhầy, rất khó nhìn trực tiếp VA vì hốc mũi trẻ em rất nhỏ.

- Khám họng thấy niêm mạc họng đỏ, có thể thấy mủ hoặc lớp dịch nhầy như nước cháo chảy từ vòm họng xuống họng. Trong đợt cấp không nên sờ vòm họng.

- Khám tai có thể thấy màng nhĩ mất bóng sáng, hơi lõm do tắc vòi nhĩ. Khám hạch góc hàm thường có, hạch rãnh cảnh và sau cơ ức đòn chũm.

***4. Điều trị***

Điều trị viêm VA cấp như một viêm mũi cấp, bệnh phần lớn do vi rút gây ra nên việc sử dụng kháng sinh thường không cần thiết, trừ khi có bội nhiễm hoặc đe doạ biến chứng.

Nhỏ mũi thuốc sát trùng nhẹ: Argyrol 1%, Ephedrin 1%, Adrenalin 0,1%. Hạ nhiệt, an thần nếu có sốt cao.

**II. Viêm A cấp**

***1. Đại cương***

• **Amiđan** hay đúng hơn phải gọi là Amiđan khẩu cái nằm ở họng miệng thuộc

hệ thống

vòng Waldayer, nó là tổ chức tân lớn nhất ở họng, nằm giữa trụ trước (Cơ màn hầu lưỡi) và trụ sau (Cơ màn hầu họng).

- Mô học của Amiđan: giống như cấu trúc của hạch bạch huyết nghĩa là gồm nhiều múi, chia ngăn bởi tổ chức liên kết lưới - nội mô, chứa đựng nhiều nang lympho, gồm những tập hợp tế bào lympho, mồi nang có 1 trung tâm sinh sản (để phản ứng với kháng nguyên, nang để sản sinh ra Lympho bào), khác với hạch bạch huyết.

- Ở nông, ngay dưới niêm mạc

- Có nhiều khe, hốc, niêm mạc luồn sâu vào trong Amiđan.

- Không có bạch mạch vào - không có xoang bạch mạch trong lòng Amiđan. Bạch mạch ra của Amiđan khẩu cái đổ vào hạch cảnh nhị thân ở dưới góc hàm.

- Các bạch mạch khác đổ vào chuỗi hạch cổ trên.

- Amiđan có chức năng sau:

+ Miễn dịch

+ Tạo ra lympho bào

+ “Lọc”: Hàng rào bảo vệ, loại trừ độc tố.

+ Tổng hợp kháng thể

+ Thực bào vì mô lympho có chứa dựng tế bào lưới của hệ lưới nội mô

Viêm amiđan là nhóm bệnh rất hay gặp đứng hàng đầu trong các bệnh lý của họng. Bệnh có thể tiến triển cấp tính hoặc mạn tính. Bệnh hay bị tái phát và trong những đợt tái phát thường gây những biến chứng nguy hiểm. Ty lệ viêm Amidan trung bình khoảng 10% dân số.

***2. Nguyên nhân***

- Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do vi rút: Adenovirus, Rhinovirus, virut cúm, virut á cúm, virut họp bào đường thở.

- Vi khuẩn: Các loại vi khuẩn thường gặp là liên cầu, Hemophilus Influenzae, phế cầu. Đặc biệt đáng lưu ý là liên cầu Bêta tan huyết nhóm A, vì loại này thường gây biến chứng thấp khóp, thấp tim.

Một tác nhân gây bệnh có thể gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng, một bệnh cảnh lâm sàng lại có thể do nhiều tác nhân gây ra. Bệnh thường bắt đầu bằng nhiễm vi rút rồi sau đó lại bội nhiễm vi khuẩn. Do vậy để có phương hướng điều trị đúng đắn, phù hợp ở từng vùng, từng thời gian cần làm xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Ngoài ra viêm Amiđan có rất nhiều yếu tố nguy cơ như cơ địa, đặc biệt cơ địa tạng tân, các yếu tố thời tiết nóng ẩm, bụi, khói thuốc, sức đề kháng của cơ thể bị giảm sút, kém dinh dưỡng...

***3. Triệu chứng***

Thực chất đây là một viêm họng khu trú thường gặp ở trẻ em:

*a. Triệu chứng toàn thân.*

Bệnh bắt đầu đột ngột với cảm giác gai rét rồi sốt nóng 39°c có khi 40°c, đau họng , khó nuốt, người mệt mỏi, nhức đầu chán ăn.

*b. Triệu chứng cơ năng.*

- Nóng rát trong họng ở vị trí Amiđan sau đó trở thành đau rõ rệt, nuốt đau nhói lên tai, đau tăng nhiều khi nuốt

- Thở hơi khò khè, đờm rãi tiết nhiều, viêm nhiễm có thể lan xuống dưới hạ họng, thanh khí quản gây ho từng cơn kèm khản tiếng.

*c. Triệu chứng thực thể.*

- Dùng đè lưỡi, ấn lưỡi ta thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực, Amidan sưng to và đỏ. Phần lớn thể này do virut nếu có kèm theo đau mắt đỏ càng nghĩ đến virut.

Nếu do nhiễm khuẩn ta thấy trên bề mặt amiđan có nhiều chấm mủ hoặc màng mủ như váng cháo.

- Hạch góc hàm sưng to và đau. Thường thể này do vi khuẩn, cần phân biệt với bạch hầu nên nhất thiết phải lấy giả mạc thử vi khuẩn (soi tươi hoặc nuôi cấy).

- Đặc biệt cần lưu ý viêm Amiđan do liên cầu Bêta tan huyết nhóm A thì thể bệnh này không có biểu hiện gì đặc biệt, có nhiều kiểu thể hiện, có thể từ nhẹ đến nặng, có thể gây biến chứng thấp khớp, thấp tim.

***4. Điều trị***

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, giảm đau, an thần, hạ nhiệt

- Dùng kháng sinh trong các trường hợp nghi ngờ do vi khuẩn đặc biệt là liên cầu như dùng Penicillin, Rovamicine... Có thể uống hoặc tiêm. Nhất thiết dùng đủ liều và đủ thời gian đề phòng biến chứng.

- Súc họng bằng dung dịch kiềm nhẹ.

**III. Viêm A mạn tính:**

***1. Triệu chứng:*** tiền sử có nhiều đợt Viêm A cấp tái phát

*a. Triệu chứng toàn thân:*

- Không có gì đặc biệt, chỉ có biểu hiện hay ốm vặt, ho vặt, chậm phát triển...

*b. Triệu chứng cơ năng:*

- Rất thay đổi, tùy thuộc vào từng người bệnh với các triệu chứng: đau rát họng, nuốt vướng, đau lên tai, hơi thở hôi, có khi bị khàn tiếng...

*c. Triệu chứng thực thể:*

\*Khám họng quan sát Amidan rất quan trọng:

+ Hình khối: không nói được mức độ nặng nhẹ của bệnh. Có thể có:

- Amidan quá phát: Amidan to vượt khỏi các trụ của nó

- Amidan chìm, xơ, teo

+ Hình thái: có hốc, xơ, teo

+ Hình ảnh có thể pha trộn trong cùng một trường hợp, triệu chứng không tương ứng với thực tế khi thăm khám

\* Hạch góc hàm to, cứng có khi đau.

***2. Điều trị:***

\* Điều trị nội khoa trong đợt cấp

\* Chỉ định phẫu thuật: khi điều trị kháng sinh ít kết quả người ta có thể tiến hành cắt Amiđan trong các trường hợp sau:

- Có nhiều đợt viêm A cấp: 3-5 đợt trong năm, trong 2 năm liên tiếp.

- Viêm A mạn tính, lưu ý hơi thở hôi, thường do có vi khuẩn yếm khí Weillon.

- Có biến chứng tại chỗ: áp xe, viêm tấy mủ tỏa lan quanh Amiđan.

- Gây biến chứng kế cận: viêm họng, thanh quản, mũi, xoang, tai giữa...

- Gây biến chứng xa: viêm cầu thận, viêm khớp, viêm cơ, màng tim...

- Amiđan quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, nói...

\* Chống chỉ định

- Chống chỉ định tạm thời:

+ Đang viêm cấp, có biến chứng tại chỗ của Amidan.

+ Đang có nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.

+ Có bệnh mạn tính chưa ổn định.

+ Đang trong vụ dịch (nhiễm khuẩn đường hô hấp) ở địa phương như: cúm, sởi, viêm não...

+ Phụ nữ đang trong thời kỳ mang thai, có kinh nguyệt.

+ Những người nhiều tuổi hoặc quá nhỏ (tùy theo trình độ phẫu thuật viên).

\* Chống chỉ định tuyệt đối:

- Các bệnh về máu.

- Các bệnh suy tim, tâm phế mạn.

- Các bệnh thận gây suy thận mạn tính.

- Các bệnh cao huyết áp.

- Chú ý với các bệnh dị ứng.

***3. Phòng bệnh Viêm Amidan***

- Chú ý vệ sinh răng, miệng, họng bằng cách súc họng đối với trẻ lớn, sát trùng mũi, họng đối với trẻ nhỏ trong các vụ dịch.

- Chú ý giữ ấm vùng cổ, ngực trong mùa lạnh, đặc biệt khi thời tiết thay đổi.

- Nâng cao sức đề kháng của cơ thể bằng chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi.

- Với trẻ em chú ý tiêm chủng mở rộng đầy đủ.

- Người lớn tránh bụi, ô nhiễm môi trường, đặc biệt hạn chế thuốc lá, rượu, bia. CÂU **HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**

***Câu 1. Nguyên nhân chủ yếu gây viêm VA là : Tìm ý đúng nhất***

a. Thời tiết nóng ẩm

b. Khói thuốc

c. Virut

d. Vi khuẩn

e. Cơ địa

***Câu 2. Viêm VA cấp tính là bệnh hay gặp ở trẻ ; Tìm ý đúng nhất***

a.1 tuổi

b. 2 tuổi

c. 2 đến 4 tuổi

d. 6 tháng đến 4 tuổi

e. 1 đến 4 tuổi

***Câu 3. Điều trị viêm VA cấp theo hướng : Tìm ý sai***

a. Hạ sốt nếu có

b. Hút dịch mũi

c. Nhỏ thuốc mũi

d. Kháng sinh ngay từ đầu tránh bội nhiễm

e. Khí dung

***Câu 4. Viêm A cấp tính là bệnh hay gặp ở : Tìm ý đúng nhất***

a. Trẻ em

b. Người già

c. Suy dinh dưỡng

d. Người suy giảm miễn dịch

e. Người bị viêm gan B

Bài 5: DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ, DỊ VẬT THỰC QUẢN

**MỤC TIÊU:**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và hướng xử trí bệnh nhân bị dị vật đường thở, dị vật thực quản?

2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và hướng xứ trí bệnh nhân biến chứng nội sọ.

**I. Dị vật đường thở**

***1. Khái niệm***

- Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đương thở từ thanh quản xuống tới phế quản phân thuỳ.

- Là một 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.

- Dị vật đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (75% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi), do trẻ em thường có thói quen cho các đồ vật vào miệng. Tuy nhiên, đây là một tai nạn sinh hoạt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong mọi điều kiện, hoàn cảnh. Trước kia do thiếu trang thiết bị, thầy thuốc Tai Mũi Họng còn ít và chưa có nhiều kinh nghiệm, tỷ lệ tử vong và các biến chứng do dị vật gặp rất cao. Ngày nay, nhờ đội ngũ thầy thuốc Tai Mũi họng rộng khắp, có nhiều kinh nghiệm hơn, trang thiết bị tương đối đầy đủ và hiện đại, đã làm giảm đáng kể tỉ lệ biến chứng và tử vong do dị vật đường thở.

***2. Nguyên nhân***

Các nguyên nhân chính dẫn đến dị vật đường thở thường gặp là:

- Do khóc, do cười đùa trong khi ăn.

- Do thói quen ngậm đồ vật trong khi chơi, khi làm việc

- Do rối loạn phản xạ họng, thanh quản ở trẻ em và người già, có thể do bệnh nhân bị hôn mê, gây mê hoặc điên dại...

- Do thói quen uống nước suối: con tắc te (con tấc) chui vào đường thở và sống kí sinh trong đường thở.

Về bản chất: tất cả các vật nhỏ cho vào miệng được đều có thể rơi vào đường thở, có thể gặp các dị vật hữu cơ như: hạt lạc, hạt na, hạt hồng xiêm, cùi táo, bã mía... có thể gặp các loại xương thịt động vật như đầu tôm, mang cá, càng cua, xương gà vịt...con tắc te. Cũng có thể gặp các dị vật vô cơ như viên bi, mảnh đạn, đuôi bút bi, mảnh nhựa...

***3. Triệu chứng thường gặp 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 như con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, không có người chứng kiến ở trẻ còn nhỏ chưa 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, tim 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 thể xảy ra 3 khả năng:

- 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. Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

*a. 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 tuỳ theo kích thước của dị vật và thời gian dị vật mắc lại trên đường thở nhiều hay ít. 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 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 hay gặp ở trẻ nhỏ.

*b. Triệu chứng cơ năng và thực thể:*

Tuỳ 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 tuỳ 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 tuỳ theo kích thước dị vật và tuỳ theo thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản.

Nếu dị vật to có thể gây bít tắc gần hoàn toàn thanh quản làm cho bệnh nhân khó thở thanh quản nặng có khi ngạt thở cấp.

Cũng có thể không có khó thở hoặc khó thở ở mức độ nhẹ.

Khó thở thanh quản có đặc điếm 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 làm cho thanh quản phù nề làm 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 dị vật di động có thể 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 cờ 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 bít lấp phế quản gốc 1 bên, hay gặp ở phế quản phải nhiều hơn phế quản trái. Những ngày sau thường 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, tuỳ theo mức độ viêm nhiễm ở phổi. Tỉ 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 tuỳ theo kích thước dị vật và mức độ viêm nhiễm ở phổi.

***4. Cách xử trí:*** 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.

**II. Dị vật thực quản**

***1. Khái niệm***

- Dị vật thực quản là những vật mắc lại trên thực quản, từ miệng thực quản xuống tới tâm vị, gây đình trệ quá trình nuốt và sau đó gây ra các biến chứng nguy hiểm.

- Là một cấp cứu rất thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng ở nước ta.

- Dị vật đường ăn ít khi gây nên tình trạng cấp cứu thậm cấp, nhưng nếu được phát hiện sớm, chẩn đoán đúng, xử trí đơn giản, ít gặp nguy hiểm và không tốn kém nhiều. Nếu phát hiện muộn thì việc xử trí trở nên rất phức tạp, điều trị mất nhiều thời gian, rất tốn kém và có thể nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân.

- Khác với dị vật đường thở, dị vật đường ăn chủ yếu gặp ở người lớn và trẻ lớn, trước đây tỉ lệ nữ gặp nhiều hơn nam, nhưng các thống kê gần đây cho thấy tỉ lệ nam gặp nhiều hơn nữ.

- Dị vật thực quản thường gặp chủ yếu là các loại xương động vật như xương cá, xương gà, vịt, lợn...các loại dị vật này rất ô nhiễm nên khi mắc lại trên đường ăn gây viêm nhiễm rất sớm. Cũng có thể gặp các loại dị vật khác như thịt hoặc các loại quả, hạt như hạt vải, hạt hồng xiêm, hạt nhót...Các dị vật có nguồn gốc vô cơ thường gặp là các loại đồ chơi, vật dụng như đồng xu, khuy áo, răng giả, kim băng...

***2. Nguyên nhân***

- Do thói quen ăn các loại thức ăn dễ gây hóc như: bún cá, canh dưa cá, canh sườn lợn...

- Do vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa.

- Do uống rượu say nhắm đồ ăn lẫn xương.

- Trẻ em, người già không đủ răng, phản xạ họng không hoàn chỉnh.

***3. Triệu chứng***

*a. Giai đoạn đầu:*

- Toàn thân: Không sốt

- Cơ năng: bệnh nhân có cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, nuốt khó làm cho không ăn uống được. Tăng xuất tiết nước bọt, khi dị vật to bệnh nhân không nuốt được nước bọt, phải luôn nhổ nước bọt ra ngoài.

- Thực thể: Khám máng cảnh có thể thấy điểm đau khu trú ở vùng máng cảnh, hay gặp bên trái nhiều hơn bên phải do ở đoạn này thực quản hơi lệch về bên trái. Lọc cọc thanh quản cột sống giảm hoặc mất. Nếu dị vật ở họng hoặc hạ họng thì khám họng, soi thanh quản gián tiếp có thể thấy dị vật ở vùng này.

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm máu có thể thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng nhẹ khi có nhiễm trùng.

+ Chụp X-quang: Chụp phim cổ nghiêng có thể thấy hình ảnh dị vật ở đoạn thực quản cổ nếu dị vật cản quang, dày phần mềm trước cột sống cố.

+ Chụp phim phổi thẳng: có thể nhìn thấy dị vật kim loại ở đoạn thực quản ngực.

*b. Giai đoạn biến chứng:*

***\* Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản:*** Xuất hiện 24-48 giờ sau mắc dị vật.

+ Toàn thân: Hội chứng nhiễm trùng toàn thân, sốt cao 39-40°C, môi khô lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Có thể thấy tình trạng suy kiệt do không ăn uống được.

+ Cơ năng: Nuốt đau, nuốt vướng ở vị trí nhất định ngày càng tăng dần, tăng xuất tiết nước bọt.

+Thực thể: ấn máng cảnh thấy đau chói, vùng máng cảnh sưng nề, dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống giảm hoặc mất.

+ Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu trong máu tăng cao, chủ yếu là tăng bạch cầu đa nhân trung tính.

- X- quang: Chụp phim cổ nghiêng thấy khoảng phần mềm trước cột sống dầy hơn bình thường, mất độ cong sinh lí của cột sống, có thể thấy được hình ảnh dị vật nếu cản quang.

***\* Giai đoạn viêm tay hoặc áp xe quanh thực quản:***

- Toàn thân: Dấu hiệu nhiễm trùng nặng, có thể có choáng do suy kiệt, nhiễm trùng.

- Cơ năng: nuốt đau, nuốt vướng không ăn uống được. Không quay cổ được, cằm luôn cúi xuống, không ngửa đầu được hoặc dáng đi lom khom. Đau khi thở sâu, có thể có nói khàn hoặc khó thở thanh quản.

- Thực thể:

- Nếu dị vật ở đoạn thực quản cổ: Sưng vùng máng cảnh, ấn máng cảnh rất đau, mất lọc cọc thanh quản cột sống. Có thể thấy viêm tấy toả lan ở vùng cổ, hoặc thấy tràn khí dưới da, sờ vùng cổ thấy lép bép khí.

- Nếu dị vật ở vùng thực quản ngực: Bệnh nhân cảm thấy đau khi hít sâu, dáng đi lom khom.

❖ Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu, nước tiểu:

Thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng rất cao, có thể thấy hiện tượng cô đặc máu, có albumin niệu.

- Chụp X-quang:

+ Trên phim cổ nghiêng: Thấy dầy phần mềm trước cột sống cổ, hình ảnh mức nước mức hơi ở vùng thực quản cổ, tràn khí vùng cổ-ngực, tràn khí ở vùng trước cột sống cổ, có thể thấy hình ảnh dị vật nếu cản quang.

+ Trên phim phổi thẳng: thấy hình ảnh trung thất giãn rộng, có hình ống khói, không thấy được hình ảnh dị vật trừ khi là kim loại.

***4. Cách xử trí***

*a. Giai đoạn đầu.*

- Nội soi thực quản gắp dị vật.

- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, chống viêm.

- Phòng biến chứng

*b. Giai đoạn Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản*

- Nội soi thực quản gắp dị vật đồng thời hút mủ ổ viêm trong lòng thực quản.

- Đặt xông mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

- Chống nhiễm khuẩn bằng các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram (-), Gram (+) và chống vi khuẩn kị khí.

- Theo dõi bệnh nhân nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ở áp xe.

- Phòng các biến chứng.

**CÂU HỎI TỤ LƯỢNG GIÁ:**

***Câu 1.* Dị vật đường thở thường gặp ở : *Tìm ý đúng***

a. Người già

b. Trung niên

c. Trẻ em

d. Người bị liệt

e. Người đang đau ốm

***Câu 2.* Triệu chứng hay gặp nhất trong dị vật đường thở là: *Tìm ý đúng nhất***

a. Ho

b. Sốt

c. Khó thở

d. Hội chứng xâm nhập

e. Nôn

***Câu 3.* triệu chứng cơ bản nhất trong Dị vật thực quản là: *Tìm ý đung nhất***

a. Sốt cao

b. Ho

c. Nuốt đau, nuốt vướng

d. Kích thích, tím tái

***e. Nôn nhiều***

***Câu 4.* Có bao nhiêu giai đoạn trong Dị vật thực quản: *Tìm ý đúng***

a. 1 giai đoạn

b. 2 giai đoạn

c. 3 giai đoạn

d. 4 giai đoạn

e. 5 giai đoạn

Bài 6: VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP

**MỤC TIÊU:**

1. Trình bày nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp mủ?

2. Trình bày triệu chứng, hướng điều trị viêm tai giữa cấp mủ theo YHHĐ.

3. Trình bày nguyên nhân gây viêm tai giữa mạn tính, viêm tai xương chũm cấp theo YHHĐ.

4. Trình bày được chẩn đoán, hướng điều trị viêm tai giữa mạn tính, viêm tai xưong chũm cấp theo YHHĐ.

**I. Viêm tai giữa cấp tính**

***1. Nguyên nhân:*** Nguyên nhân của viêm tai giữa có mủ là do viêm mũi họng:

- Viêm VA là nguyên nhân quan trọng nhất ở trẻ em

- Các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi...

- Các bệnh lý kế cận như viêm xoang, u vòm mũi họng.

***2. Triệu chứng.***

*a. Triệu chứng lâm sàng:* chia làm 3 giai đoạn

+ Giai đoạn xung huyết

❖ Toàn thân:

- Hội chứng nhiễm trùng

- Hội chứng của viêm nhiễm đường hô hấp trên cấp

❖ Cơ năng:

- Đau tai mức độ vừa

- Có thể kèm theo ù tai và nghe kém

❖ Thực thể: Khám màng nhĩ thấy xung huyết đỏ vùng rìa, có mạch máu chạy dọc theo cán búa và màng trùng.

+ Giai đoạn ứ mủ

❖ Toàn thân:

- HC nhiễm trùng biểu hiện rõ rệt hơn: sốt cao, co giật

- Viêm mũi họng

- Rối loạn tiêu hoá, ỉa chảy

❖ Cơ năng:

- Đau tai ngày càng tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai, đau lan ra sau hoặc lên thái dương.

- Nghe kém là triệu chứng quan trọng và thường xuyên xuất hiện, nghe kém kiểu dẫn truyền.

- Ù tai, chóng mặt có thể xuất hiện

❖ Thực thể:

- Khám màng nhĩ thấy toàn bộ màng nhĩ nề đỏ, mất nón sáng. Màng nhĩ phồng lên hình mặt kính đồng hồ. Màng nhĩ màu vàng nhạt hoặc trắng bệch.

- Điểm đau sào bào (+)

+ Giai đoạn vỡ mủ

- Các triệu chứng toàn thân và cơ năng giảm hẳn khi mủ được tháo ra ngoài.

- Thực thể: ống tai ngoài có mủ chảy ra màu vàng nhạt, màng nhĩ có lỗ thủng

***3. Hướng điều trị:*** phụ thuộc vào giai đoạn

*a. Giai đoạn xung huyết:* Điều trị viêm nhiễm ở vùng mũi họng (VA)

*b. Giai đoạn ứ mủ:* Trích rạch màng nhĩ dẫn lưu mủ ở vị trí góc trước dưới.

*c. Giai đoạn vỡ mủ:*

- Làm thuốc tai

- Dần lưu mủ

- Làm sạch mủ

- Nạo VA sau khi tai khô được 2 tuần

**II. Viêm tai giữa mạn tính:**

**A. Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm:**

(Viêm tai giữa mạn tính mủ nhầy- Thời gian chảy mủ tai trên 3 tháng).

**1. Nguyên nhân**

Viêm tai giữa cấp tính chuyển thành: viêm mũi, họng là nguyên nhân làm cho quá trình viêm tai giữa cấp tính chuyển thành viêm tai giữa mạn tính.

Trẻ em: viêm V.A.

Người lớn: viêm xoang, khối u đè ép vòi nhĩ.

**2. Giải phẫu bệnh lý**

Tổn thương niêm mạc: vòi nhĩ, hòm nhĩ, màng nhĩ. Niêm mạc trở nên dày (gấp 5-10 lần bình thường), đặc biệt các tế bào xương chũm làm ngừng trệ sự lưu thông tế bào xương chũm về hang chũm.

Các tuyến nhầy quá phát và tăng tiết. Tạo nên sản phẩm là các chất mủ nhầy không thối.

**3. Triệu chứng**

**3.1. Cơ năng**

Duy nhất có chảy mủ ở tai và chảy tăng lên, mỗi đợt viêm mũi, họng. Mủ đặc trong hoặc vàng kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối.

**3.2. Thực thể**

Lau sạch mủ quan sát thấy một lỗ thủng tồn tại 2 dạng hình qua đậu hoặc hình tròn ở màng căng, bờ nhẵn, không sát khung xương. Dùng que đầu tù móc vào không bị mắc vào xương.

Quan sát hòm nhĩ qua lỗ thủng: nhìn thấy màu hồng, đôi khi thấy polyp chui qua lỗ thủng. Dùng que thăm dò qua lỗ thủng không chạm xương (không bao giờ có Cholesteatome).

**3.3. Cận lâm sàng**

3.3.1. Thính lực đồ: điếc dẫn truyền.

3.3.2. X-quang: chụp tư thế Schuller: hình ảnh kém thông bào, không có hình ảnh viêm xương.

**4. Diễn biến**

Diễn biến từng đợt kéo dài nhiều năm. Khi nào còn viêm mũi, họng thì còn bị viêm tai giữa, dễ dàng trở thành viêm tai giữa mủ, tiến triển đến xơ nhĩ, viêm ống tai ngoài, viêm vành tai.

**5. Các thể lâm sàng**

**5.1. Viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín.**

**5.2. Xơ- nhĩ:** không thủng màng nhĩ, không chảy nước tai ra ngoài, viêm mũi họng mạn tính kéo dài, tái diễn, nghiệm pháp Valsalva (-). Màng nhĩ lõm, cán xương búa nằm ngang, mấu ngắn xương búa nhô ra, tam giác sáng thu hẹp lại.

**6. Điều trị:**

**6.1. Tại chỗ.**

Lau, rửa sạch mủ.

Rỏ thuốc làm se niêm mạc.

Rỏ vào tai hồn dịch: Cloramphenicol và hydrocortison.

Hòm nhĩ đóng kín: tiêm vào 0,5 ml Hydrocortison hoặc Alpha- Chymotrypsin.

**6.2. Phẫu thuật:**

Mở thượng nhĩ dẫn lưu.

**6.3. Điều trị nguyên nhân:**

Điều trị viêm mũi họng. Nạo V.A, cắt amiđan, giải quyết u xơ vòm mũi họng.

**B. Viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm**

**1. Định nghĩa:**

Là bệnh lý của tai giữa gây tổn thương cả hai phần:

- Niêm mạc hòm tai, sào bào, sào đạo.

- Xương ở hòm nhĩ và xương chũm.

- Có thể hình thành khối cholesteatoma.

**2. Nguyên nhân**

*a. Do viêm tai giữa cấp mủ chuyển thành:*

• Không được phát hiện để điều trị

• Điều trị không đúng cách: không chích rạch màng nhĩ, lỗ chích rạch quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ, làm thuốc tai không đảm bảo vô trùng, cho kháng sinh không đúng liều lượng.

• Có hoại tử xương ngay trong giai đoạn viêm tai cấp tính: viêm tai do sởi, cúm, bạch hầu...

• Sức đề kháng của bệnh nhân giảm sút: bệnh nhân bị lao, đái tháo đường...

*b. Viêm tai giữa mạn tính ngay từ đầu:* không đi qua giai đoạn cấp tính (không đau tai, sốt hay có triệu chứng toàn thân).

**3. Triệu chứng**

*a. Cơ năng:*

- Chảy mủ tai:

• Mủ đặc hoặc loãng, có vón cục

• Màu vàng hoặc xanh, có thể lẫn máu

• Cholesteatome: trang óng ánh váng mỡ, rửa tai có vảy trắng như xà cừ.

• Mùi thối khẳn

- Nghe kém tăng dần: giai đoạn đầu kiểu truyền âm, sau là kiểu hỗn hợp.

- Ù tai, có thể chóng mặt, đau đầu.

- Đau tai không rõ rệt.

*b. Thực thể:*

- Ấn điểm sào bào không rõ đau, chỉ đau giai đoạn hồi viêm.

- Khám tai:

• Mủ thối, tan trong nước. Có thể có mảnh trắng cholesteatome hay polyp nhẵn mọng che lấp lỗ thủng hay toàn bộ ống tai.

• Lỗ thủng màng nhĩ: có thể gặp các hình thái.

- Góc sau trên ngoạm vào khung xương

- Lỗ thủng ở màng trùng (Schrapnel).

- Thủng rộng toàn bộ phần màng căng, bờ nham nhở, ngoạm vào khung xương, cụt cán búa.

- Qua lỗ thủng thấy niêm mạc hòm tai sần sùi hoặc thoái hoá polyp hay có chất hoại tử bã đậu.

*c. Cận lâm sàng:*

+ Phim Schuller: hình ảnh xương chũm viêm mạn tính

- Mất thông bào

- Xương đặc ngà

- ổ tiêu xương

- Hình hốc rỗng, bờ đa vòng, trong lờn vởn mây nếu có cholesteatome

+ Phim Chausse III có thể thấy: tiêu hủy xương con, rò ống bán khuvên ngoài, mất cựa sau trên nhĩ

+ Thính lực đồ:

- Điếc dẫn truyền, khoảng cách giữa đường khí và đường xương trên 30 dB nếu có kèm tiêu hủy xương con

- Điếc hỗn hợp hoặc điếc tiếp nhận

+ Xét nghiệm tìm sự có mặt của cholesteatome:

- Hóa học: cholesteatome phản ứng với Andehyd acetic có màu xanh lục

- Tế bào: nhuộm Procamin soi dưới kính hiển vi thấy màng matrix là vở bọc có màu đỏ, vàng do các tế bào biểu mô bị bong ra và xếp thanh những lá mỏng là các hạt cholesterin

**4. Chẩn đoán xác định:** dựa vào

+ Lâm sàng: tính chất của mủ, đặc điểm lỗ thủng màng nhĩ

+ Cận lâm sàng: thính lực đồ có giảm thính kực, phim X quang tai có tổn thương

**5. Biến chứng:**

- Biến chứng nội sọ: viêm màng não, viêm đại não, viêm tiểu não

- Biến chứng mạch máu: viêm tắc tĩnh mạch bên, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm tắc tĩnh mạch cảnh trong.

- Biến chứng thần kinh: liệt thần kinh VII, viêm mê nhĩ.

- Biến chứng xuất ngoại: sau tai, thái dương mỏm tiếp...

- Cốt tuỷ viêm: xương đá, xương thái dương, xương hàm trên.

**6. Điểu trị**

Ngoại khoa: là cơ bản

• Nguyên tắc:

• Lấy sạch bệnh tích

• Dần lưu, làm thông thoáng hốc mổ

• Kỹ thuật:

• Mổ khoét chũm tiệt căn cổ điển hay cải biên

• Mở sào bào - thượng nhĩ nếu tổn thương khu trú

**III. Viêm tai xương chũm cấp**

**1. Định nghĩa:** là viêm tố chức xương xung quanh sào bào có kèm theo những triệu chứng viêm rõ rệt. Quá trình viêm không quá 3 tháng

**2. Nguyên nhân**

Nguyên nhân của viêm tai xương chũm cấp tính là viêm tai giữá. Viêm tai giữa có thể tiềm tàng hoặc biếu hiện rõ rệt và có thể gây viêm xương chũm cấp do những yếu tố thuận lợi sau.

*a. Sai lầm về điểu trị*

• Không trích rạch màng nhĩ kịp thời

. Lỗ thủng không dẫn lưu được mủ

. Khi rửa tai bơm nước quá mạnh

*b. Bệnh nhiêm trùng nặng làm mất sức đề kháng như:* sởi, cúm..

*c. Vỉ trùng độc tỉnh cao*

*d. Cấu tạo xương chũm:* xương chũm nhiều thông bào dễ bị viêm cấp hơn

*e. Thể địa suy yếu:* trẻ em ốm yếu suy dinh dưỡng.

**2. Triệu chứng**

*a. Giai đoạn đầu:*

Trên nền viêm tai giữa cấp tính đang giảm dần thấy xuất hiện những triệu chứng sau:

• Cơ năng: đau tai theo nhịp đập, đau xương chũm lan xuống cổ, lan ra nửa bên đầu.

• Toàn thân: nhiệt độ cũng lên trở lại nhất là về chiều, ở trẻ em thường có triệu chứng màng não như nôn co giật, cứng gáy...

• Thực thể: mủ đặc trở lại, ngày càng nhiều thêm

Đau khi ấn vào xương chũm

Khám màng nhĩ: trên nền màng nhĩ bị viêm tai giữa thấy màng nhĩ xung huyết trở lại.

*b. Giai đoạn toàn phát:* viêm nội bộ xương chũm

**• Cơ năng:** đau là triệu chứng chính, đau ngày càng tăng. Đau sâu trong ống tai

hoặc sau tai, lan ra vùng thái dương đỉnh. Nghe kém theo kiểu dẫn truyền.

**• Thực thể:**

• Mủ đặc nhiều, màu vàng kem, không thối khi chưa có bội nhiễm

• Màng nhĩ phù nề, đỏ và dày. Lồ thủng nhỏ, vị trí cao hoặc ở màng trùng không dẫn lưu được mủ. Hoặc có túi co kéo trên màng nhĩ.

• Thành sau trên ống tai bị sụp làm cho góc sau màng nhĩ bị xoá mờ.

• Điểm đau sào bào (+). Da vùng xương chũm nề, hơi nóng, ấn vào bờ sau và mỏm chũm thấy đau.

*c. Giai đoạn xuất ngoại:*

Do quá trình viêm lan dần từ sào bào ra lớp vỏ xương chũm và ăn thủng lớp vỏ này.

**• Các triệu chứng cơ năng:** vẫn như trước hoặc có giảm chút ít.

**• Thưc thể:**

• Xuất ngoại ở sau tai: góc sau tai bị dày, góc nhị diện giữa vành tai và xương chũm bị mờ hoặc mất hẳn.

• Da xương chũm nề đỏ và đau. Khối sưng sau tai lớn dần, đẩy dồn vành tai về phía trước, ổ viêm biến thành áp xe dưới da và cuối cùng vỡ mủ.

• Khám tai thấy sụp thành sau trên ống tai.

• Xuất ngoại ở thái dương - mỏ tiếp. Bệnh nhân bị sưng vùng thái dương, vùng trán, có kèm theo phù nề mi mắt.

• Xuất ngoại ở cổ: phần trên của cơ ức đòn chũm sưng phồng.

• Xuất ngoại vùng cảnh - nhị thân. Gây áp xe cạnh họng. Mủ có thể lan tràn vào lỗ rách sau gây liệt các dây thần kinh sọ não số IX, X, XI.

**3. Điều trị**

*a. Nội khoa:*

• Kháng sinh

. Chống viêm steroid, non steroid

• Hạ sốt giảm đau

*b. Ngoại khoa:*

• Khoét chũm tiệt căn

Phẫu thuật mở sào bào thượng nhĩ

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Đặc điểm của lồ thủng màng nhĩ trong bệnh viêm tai giữa mạn tính không **nguy hiểm** là:

A. Bờ nhằn

B. Bờ sần sùi

C. Sát xương

D. Rộng hết màng căng

2. Vị trí của lồ thủng màng nhĩ trong bệnh viêm tai giữa mạn tính không **nguy hiểm** gặp là :

E. Ở góc phần tư trước trên

F. Ở góc phần tư trước dưới

G. Ở góc phần tư sau trên

H. Ở góc phần tư sau dưới

3. Tính chất mủ tai trong bệnh viêm tai giữa mạn tính không **nguy hiểm** là:

I. Tan hoàn toàn trong nước

J. Không kéo được thành sợi

K. Tan một phần trong nước

L. Không tan trong nước

4. Đặc điểm của lỗ thủng màng nhĩ có thể gặp trong bệnh viêm tai giữa mạn tính **nguy hiểm** là:

M. Rộng toàn bộ màng căng, bờ nham nhở

N. Rộng một phần màng căng, bờ nhẵn

o. Hình tròn nhỏ, bờ nhẵn

p. Hình bầu dục, bờ nhẵn

5. Tính chất mủ tai trong bệnh viêm tai giữa mạn tính **nguy hiểm** là:

Q. Mùi hôi

R. Mùi chua

S. Mùi tanh

T. Mùi thối khẳn

6. Hướng điều trị cơ bản trong bệnh viêm tai giữa mạn tính **nguy hiểm** là :

U. Làm thuốc tai

V. Điều trị nguyên nhân

W. Điều trị nội khoa

X. Phẫu thuật

Bài 7: VIÊM XOANG

**MỤC TIÊU:**

1. Trình bày được nguyên nhân gây viêm xoang cấp và viêm xoang mạn theo YHHĐ.

2. Trình bày được triệu chứng, hướng điều trị viêm xoang cấp và viêm xoang mạn theo YHHĐ.

**I. Nguyên nhân gây viêm xoang**

Có rất nhiều nguyên nhân gây viêm xoang, các nguyên nhân này được xếp thành các nhóm chính sau đây.

***1. Do viêm nhiễm***

- Do siêu vi trùng: rất hay gặp

- Do vi khuẩn

- Nhiễm khuẩn vùng mũi họng: là nguyên nhân hay gặp nhất như viêm họng, viêm Amidan, viêm VA ở trẻ em và viêm mũi.

- Do răng: các bệnh lý ở răng lợi như: viêm lợi, sâu răng, viêm tuỷ... đều có thể gây viêm xoang hàm, thường gặp là bệnh lý của răng hàm trên từ răng số 4 đến số 6.

***2. Do dị ứng:*** Có thể là nguyên phát hoặc thứ phát, cơ địa dị ứng mũi xoang dễ đưa tới viêm xoang mạn tính.

***3. Do chấn thương***

Các chấn thương cơ học, do hoả khí làm vỡ xoang hay tụ máu trong xoang đều có thể gây viêm xoang. Ngoài ra, các chấn thương về áp lực có thể xuất huyết, phù nề niêm mạc, rồi gây ra viêm xoang.

***4. Các nguyên nhân cơ học***

Dị hình ở vách ngăn, khe giữa, ở xoang. Các khối u trong xoang và hốc mũi, hoặc nhét mèche mũi lâu ngày... Tất cả đều làm cản trở sự dần lưu và thông khí của xoang, cuối cùng là gây ra viêm xoang.

***5. Hội chứng trào ngược dạ dày*- thực quản** (GERD: Gastro Esophageal Reflux Disease)

Do dịch vị axit ở dạ dày trào ngược lên thực quản, họng, thanh quản, gây ra viêm nhiễm vùng mũi họng trong đó có viêm xoang.

***6. Do cơ địa:***

Ở những người bị suy nhược toàn thân, rối loạn nội tiết như: tiểu đường, rối loạn về vận mạch, rối loạn về nước và điện giải thường dễ bị viêm xoang.

**II. Triệu chứng lâm sàng**

***1. Viêm xoang cấp***

Viêm xoang cấp tính là viêm niêm mạc xoang lần đầu mà trước đó niêm mạc xoang hoàn toàn bình thường.

Hay gặp hơn là nhóm xoang trước nhất là xoang hàm vì nó tiếp xúc lần đầu tiên với các tác nhân gây bệnh. Các xoang sau ít gặp hơn.

Có thể viêm một xoang đơn độc: viêm xoang hàm cấp do răng. Nhưng thường gặp là viêm nhiều xoang vì các xoang đều thông với nhau qua hốc mũi.

*a. Triệu chứng toàn thân*

Thường có biểu hiện một thể trạng nhiễm trùng: mệt mỏi, sốt nhẹ hoặc gai sốt, kém ăn, bạch cầu trong máu tăng. Ở trẻ em thường có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng rõ rệt và sốt cao.

*b. Triệu chứng cơ năng*

- Đau nhức vùng mặt: là triệu chứng chính, thường đau về sáng, đau thành từng cơn, vùng má, trán, thái dương 2 bên hoặc lan xuống răng hay lên nửa đầu, đau tăng lên về sáng do ban đêm dịch tiết và mủ bị ứ đọng. Ngoài cơn chỉ thấy nặng đầu.

- Chảy mũi: một hoặc hai bên, thường gặp là chảy mũi 2 bên, lúc đầu chảy dịch loãng, sau đặc dần, màu xanh hoặc màu vàng, mùi tanh và nồng, làm hoen ố khăn tay. Bệnh nhân thường xì mũi ra trước hoặc chảy xuống họng.

- Ngạt tắc mũi: một hoặc hai bên, thường gặp là ngạt mũi hai bên. Tuỳ theo tình trạng viêm, ngạt mũi được biểu hiện ở mức độ khác nhau như vừa, nhẹ, từng lúc hoặc liên tục dẫn đến ngửi kém. Trong viêm xoang cấp hay gặp ngạt tắc mũi từng lúc và trong khi ngạt mũi thường kèm theo ngửi kém.

*c. Triệu chímg thực thể*

**- Nhìn ngoài** có thể thấy dấu hiệu sưng nề vùng má hai bên hoặc sưng nề nửa mặt.

**- Ấn vùng xoang viêm:** có phản ứng đau rõ

Điểm hố nanh: gặp trong viêm xoang hàm

Điểm Grunwald: bờ trong và trên ổ mắt, viêm xoang sàng Điểm Ewing: đầu trong và trên cung lông mày, viêm xoang trán.

**- Soi mũi trước**

Toàn bộ niêm mạc hốc mũi nề và đỏ

Các cuốn mũi, rõ nhất là cuốn dưới nề, đỏ và sưng to, đặt thuốc co mạch co hồi tốt.

Khe giữa 2 bên: có tiết nhầy hoặc mủ. Đây là triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán viêm xoang trước cấp.

Có thể thấy dị hình ở vách ngăn, khe giữa, cuốn giữa 2 bên.

**- Soi mũi sau:** Tiết nhầy hoặc mủ từ khe trên chảy xuống cửa mũi hoặc cửa mũi sau có đọng mủ hoặc tiết nhầy bám. Đuôi cuốn mũi cũng nề đỏ và sưng to.

**2. Viêm xoang mạn tính**

Viêm xoang mạn tính là do viêm xoang cấp tính tái diễn nhiều lần, không được điều trị hoặc điều trị không đúng.

Viêm xoang mạn tính thường gặp ở nhóm xoang sau hơn là nhóm xoang trước, ít khi gặp một xoang đơn thuần mà thường là viêm nhiều xoang một lúc, người ta gọi đó là viêm đa xoang.

*a. Triệu chứng toàn thân*

Viêm xoang mạn tính ít ảnh hưởng đến toàn trạng, không có biểu hiện nhiễm trùng, trừ những đợt hồi viêm. Triệu chứng toàn thân thường không rõ rệt, ngoài những biểu hiện: mệt mỏi, cơ thể suy nhược hoặc những rối loạn ở đường hô hấp hay đường tiêu hoá do mủ xoang gây nên nếu viêm xoang kéo dài.

*b. Triệu chứng cơ năng*

- Chảy mũi: là triệu chứng chính, thường xuyên có, chảy một hoặc hai bên nhưng thường là hai bên. Lúc đầu chảy mủ nhầy trắng, sau chảy đặc xanh hoặc vàng, mùi tanh hoặc hôi thối do bội nhiễm. Mủ thường chảy ra cửa mũi sau xuống họng hoặc xì ra cửa mũi trước.

- Ngạt tắc mũi: tăng dần và ngày càng rõ rệt dẫn đến tắc hoàn toàn do mủ ứ đọng, niêm mạc phù nề, cuốn giữa thoái hoá, cuốn dưới quá phát, hoặc do polype thường ngạt cả hai bên, nhưng có thể 1 bên nếu viêm xoang do răng.

- Rối loạn về ngửi: ngửi kém từng lúc, tăng dần hoặc mất ngửi hoàn toàn

- Nhức đầu: âm ỉ hay thành cơn ở vùng trán, má 2 bên, hoặc đau nhức xung quanh ổ mắt, sâu trong ổ mắt, đau vùng chẩm phía sau nếu là viêm xoang sau.

- Ngoài ra, bệnh nhân thường có biểu hiện viêm mũi họng mạn tính hay viêm đường hô hấp như: ho khan, ngửa họng, đắng họng hoặc khạc nhô liên tục.

*c. Triệu chứng thực thể*

**❖ Nhìn ngoài:** Thường không có biểu hiện sưng nề

**❖ An vùng xoang viêm:** không có phản ứng đau

**❖ Soi mũi trước**

- Niêm mạc hốc mũi nhạt màu, phù nề hoặc thoái hoá thành gờ Kaufmann ở khe giữa, polype khe giữa do niêm mạc xoang hàm thoái hoá tạo thành hoặc do niêm mạc của mỏm móc, khe giữa thoái hoá.

- Khe giữa 2 bên: thường có mủ đặc ứ đọng hoặc chảy từ khe giữa qua lưng cuốn dưới tới sàn mũi. Khe giữa có polype.

- Cuốn mũi: cuốn dưới 2 bên thường quá phát, nhạt màu, đặt thuốc co mạch co hồi kém. Cuốn giữa 2 bên thường thoái hoá niêm mạc, màu trắng hoặc mọng và trông giống polype.

- Dị hình ở vách ngăn như mào vách ngăn, vẹo vách ngăn, gai vách ngăn... hoặc ở khe giữa như mỏm móc quá phát, đảo chiều, xoang hơi ở cuốn giữa (concha bullosa), cuốn dưới...

**❖ Soi mũi sau**

- Mủ đọng ở cửa mũi sau hoặc chảy từ khe trên xuống cửa mũi sau, xuống họng

- Các đuôi cuốn thường quá phát và đổi màu, niêm mạc vách ngăn cùng dày lên.

- Polype che khuất cửa mũi sau

**3. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các tiêu chuẩn sau đây

*a. Triệu trứng lâm sàng*

Là tiêu chuẩn chính, trong đó những tổn thương thực thể ở khe giữa có vai trò quyết định trong chẩn đoán viêm xoang.

*b. Triệu chứng XQ*

- Phim tiêu chuẩn: Blondeau và Hirtz. Chụp Blondeau có giá trị chẩn đoán viêm xoang hàm và xoang trán. Chụp phim Hirtz có giá trị chẩn đoán viêm xoang sàng và xoang bướm.

- Chụp CT Scan: rất có giá trị trong chẩn đoán khu trú viêm xoang và trong điều trị viêm xoang.

- Cần nhớ: Triệu chứng XQ chỉ có giá trị bổ sung cho chẩn đoán mà không giữ vai trò quyết định trong chẩn đoán viêm xoang, vì nhiều trường hợp xoang rất mờ trên phim nhưng bệnh tích trong xoang lại rất nghèo nàn, ngưọc lại trên phim xoang rất sáng nhưng bệnh tích trong xoang lại có khá nhiều.

*c. Nội soi chẩn đoán*

Đây là biện pháp rất có giá trị trong chẩn đoán viêm xoang hiện nay, nó cho phép chẩn đoán chính xác các tổn thương ở khe giữa, khe trên mà bằng phương pháp khám thông thường không thể thấy được.

**4. Điều trị:**

*a. Viêm xoang cấp:*

+ Tại chỗ

- Làm sạch và thông thoáng hốc mũi: xì mũi, rửa mũi, hút dịch và mủ, đặt thuốc co mạch...

- Nhỏ thuốc: cần phối hợp các loại thuốc co mạch, sát khuẩn và chống phù nề, liệu pháp coticoid tại chỗ kéo dài rất có tác dụng.

- Xông hơi nước nóng: các loại thuốc có tinh dầu, bay hơi được.

- Khí dung mũi xoang: thuốc kháng sinh kết hợp với coticoid.

+ Toàn thân

- Liệu pháp kháng sinh trong 2 tuần có hiệu quả tốt đối với viêm xoang, nên lựa chọn kháng sinh dựa trên kháng sinh đồ.

- Thuốc chống viêm và giảm phù nề

- Thuốc giảm đau

- Thuốc hạ sốt

- Thuốc nâng cao thể trạng

*b. Viêm xoang mạn:*

Kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa

+ Điều trị nội khoa: Thường điều trị trong các đợt hồi viêm, điều trị nội khoa được tiến hành trước và sau khi phẫu thuật.

- Tại chỗ: giống như trong điều trị viêm xoang cấp

- Toàn thân: giống như trong điều trị viêm xoang cấp

- Điều trị cơ địa: thuốc có iod, canxi, photpho, vitamin A, D thuốc kháng histamin với cơ địa dị ứng hay rối loạn vận mạch.

+ Điều trị ngoại khoa

❖ Chọc rửa xoang: thường áp dụng với xoang hàm, xoang trán mạn tính.

❖ Phương pháp đổi chế Proetz: thường áp dụng với viêm xoang sau mạn tính.

❖ Phẫu thuật xoang

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**

**Câu 1. Nguyên nhân gây viêm xoang hay gặp là:*Tìm ý sai***

a. Do chấn thương

b. Do viêm nhiễm

c. Các khối u trong xoang và hốc mũi

d. Do dị ứng

e. Viêm phổi

**Câu 3. Điều trị viêm xoang cấp theo hướng :*Tìm ý sai***

a. Làm thông thoáng mũi

b. Kháng viêm

c. Phẫu thuật

d. Kháng sinh

e. Nâng cao thể trạng

**Câu 4. Triệu chứng cư năng Viêm xoang mạn tính là :*Tìm ý sai***

a. Chảy nước mũi

b. Sốt

c. Rối loạn về chức năng ngửi

d. Ngạt tắc mũi

e. Đau đầu

Bài 8: BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI.

**Mục tiêu :**

1. Trình bày được nguyên nhân gây biến chứng nội sọ do tai ?

2. Trình bày được triệu chứng các biển chứng nội sọ do tai ?

3. Trình bày được hướng xử trí các biến chứng nội sọ do tai ?

**I. Nguyên nhân**

**1. Có thể gặp trong mọi trường hợp viêm tai giữa**, ở nước ta chủ yếu do viêm tai giữa mạn, có bệnh tích cholesteatoma. Với biến chứng viêm màng não có thể gặp ở trẻ nhỏ do viêm tai giữa cấp.

**2. Biến chứng nội sộ do tai gặp do** nhiều đường đưa bệnh tích từ tai giữa, xương chũm vào, chủ yếu theo.

. Đường kế cận: bệnh tích lan tới mặt nội sọ của xương chũm, thường gặp cholesteatoma.

. Đường viêm mê nhĩ mủ theo nội dịch tới màng não, não gặp trong viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

• Đường máu: đường tĩnh mạch tới tĩnh mạch bên, động mạch tới động mạch màng não qua đó gây viêm tắc mạch não.

Đường tự nhiên: khe khớp trai đá mở rộng, chưa liên kín thường gặp ở trẻ nhỏ.

**II. Viêm màng não do tai**

Trong viêm màng não do tai các triệu chứng viêm màng não thường không đầy đủ và không rõ - trên các trường hợp do chảy mủ tai cấp - các triệu chứng thường gặp là:

• Nôn hoặc buồn nôn

• Đau đầu kéo dài

. Dấu hiệu cứng gáy Kemig thường không rõ

. Chọc dò tuỷ sổng, áp lực nước não tuỷ tăng, thành phần thay đổi. Albumin tăng, đường giảm.

Nếu các dấu hiệu màng não rõ, đủ. nước não tuỷ có số lượng tế bào tăng cao rõ cần nghĩ tới có biến chứng áp xe não kết hợp.

Nếu nước não tuỷ trong, áp lực tăng nhưng thành phần không thay đôi là Viêm màng não thể sũng nước.

Nếu nước não tuỷ đục, có liệt nhẹ nửa người hay 1,2 dây thần kinh sọ não (thường gặp V, VI) cần nghĩ tới Viêm màng não mủ thể khu trú.

Trong trường hợp ở trẻ nhỏ, các dấu hiệu màng não đây đủ, râm rộ cân nghĩ tới Viêm màng não thậm cấp dễ đưa tới phù não rất nguy hiểm.

**III. Áp xe não do tai**

Áp xe não do tai luôn chiếm tới 50% trong các áp xe não nói chung.

***1. Hội chứng tăng áp lực nội sọ:***thường gặp nhất và xuất hiện sớm với triệu

chứng:

. Nhức đầu: thành cơn, khu trú ở 1 vùng nhất định, nếu đau dữ dội, các thuốc giảm đau thường không tác dụng nên được coi là triệu chứng có giá trị nhất trong chẩn đoán.

. Kèm theo 1 hoặc 2 triệu chứng như: nôn, điển hình gặp nôn vọt, dễ dàng,

nhiều lần, tinh thần trí tuệ, giao tiếp chậm, mờ mắt 1 bên, mạch chậm từng

lúc, không tương ứng với thân nhiệt.

***2. Hội chứng thần kinh khu trú:*** tuy có giá trị trong chẩn đoán vị trí của áp xe não nhưng thường xuất hiện muộn.

• Áp xe đại não: cỏ triệu chứng liệt nửa người hoặc liệt mặt thể trung ương: mù, câm, mất ngôn ngữ....

• Áp xe tiểu não: có triệu chứng: chóng mặt, mất thăng bằng, rung giật nhãn cầu tự phát, mất phối hợp động tác: rối tầm, quá tầm, gầy sút nhanh...

***3. Hội chứng nhiễm khuẩn:*** đặc biệt sốt kéo dài, không cao, có dấu hiệu viêm màng não

**IV. Viêm tĩnh mạch bên do tai**

Trong Viêm tĩnh mạch bên do tai các dấu hiệu thường không đày đủ và không rõ, đặc biệt do việc sử dụng kháng sinh mạnh, tuỳ tiện làm cho các triệu chứng bị mờ, giảm tạm thời, các triệu chứng thường gặp là:

• Sốt cao thường trên 40 độ, kéo dài, dùng thuốc hạ nhiệt không hết hẳn. Có thể gặp sốt cao dao động, biểu đồ thân nhiệt có dạng ngọn núi.

• Rét run: nếu điển hình có cơn rét run kèm sau sốt cao, ngày nhiều lần, có thể chỉ có cảm giác ớn lạnh không thành cơn rõ rệt.

Số lượng các tế bào máu không suy giảm cần chẩn đoán phân biệt với người bị sốt rét do ký sinh trùng.

Cấy máu thường ít khi có kết quả dương tính

Nếu chọc dò tuỷ sống làm nghiệm pháp Quickenstead - Stockey áp lực không thay đổi, khi ấn vùng máng cảnh nghĩ tới Viêm tĩnh mạch bên bị tắc.

Nếu có sưng, nề, đau vùng máng cảnh nghĩ tới viêm tắc đã lan tới tĩnh mạch cảnh.

Trong trường hợp có nôn, nhức đầu, có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ cần nghĩ tới có biến chứng phối hợp viêm màng não, áp xe não hay cả hai.

**V. Hướng xử trí**

***1. Xử trí ban đầu***

• Trước viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm cần đặc biệt lưu ý phát hiện các dấu hiệu của biến chứng nội sọ.

. Trước các bệnh viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên, áp xe não... cần hỏi tiền sử chảy mủ tai, phát hiện các dấu hiệu viêm tai xương chũm hồi viêm, cấp tính.

• Chuyển ngay đến cơ sở chuyên khoa tai mũi họng không đợi có các dấu hiệu đầy đủ, rõ rệt để phẫu thuật cấp.

• Cần chụp CT. scan nếu có điều kiện để xác định áp xe não.

***2. Xử trí chuyên khoa:***

Tại các cơ sở tai mũi họng có điều kiện.

***a. Phẫu thuật là cơ bản:*** cần làm sớm, cấp cứu nhằm:

• Loại bỏ bệnh tích ở tai, xương chũm

• Bộc lộ vùng màng não, tĩnh mạch bên đến đoạn lành.

• Dần lưu ổ áp xe não

***b. Nội khoa:*** sau phải phẫu thuật điều trị tích cực với:

• Kháng sinh phối hợp, phổ rộng, liều cao, theo nhiều đường, lưu ý dùng kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí trong áp xe não.

• Chống phù não

. Nâng cao thể trạng

. Theo dõi sát sao nhàm phát hiện các tai biến, biến chứng phối hợp. lưu ý các biến chứng ngoại sọ.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**

**Câu 1. Biến chứng nội sọ do tai thường do: *Tìm ý đúng***

a. Viêm xoang

b. Viêm tai, xương chũm

c. viêm mũi họng

d. Viêm não

e. Viêm nhiễm ở mắt

**Càu 2. Biến chứng nội sọ do tai thường gặp có: *Tìm ý đúng***

a. 1 loại

b. 2 loại

c. 3 loại

d. 4 loại

e. 5 loại

**Câu 3. Viêm màng não do tai gặp nhiều ở: *Tìm ý đúng***

a. Người già

b. Trung niên

c. Trẻ em

d. Người suy gan

e. Suy dinh dưỡng

**Câu 4. Áp xe não do tai luôn chiếm: *Tìm ý đúng***

a. 40% các áp xe não nói chung

b. 50% các áp xe não nói chung

c. 60% các áp xe não nói chung

d. 70% các áp xe não nói chung

**Câu 5. Các hội chứng điển hình áp xe não do tai: *Tìm ý sai***

a. Hội chứng tăng áp lực nội sọ

b. Hội chứng thần kinh khu trú

c. Hội chứng nhiễm độc

d. Hội chứng nhiễm khuẩn

**Cáu 6. Điều trị biến chứng nội sọ do tai hướng chủ yếu là: *Tìm ý đúng***

a. Kháng sinh

b. Kháng viêm

c. Chống dị ứng

d. Phẫu thuật là cơ bản

e. Giảm đau

PHẦN IV: NGỦ QUAN Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bài 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TAI

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được mối quan hệ giữa tai và tạng phủ.

2. Trình bày các triệu chứng thường gặp trong các bệnh của tai.

3. Trình bày được nguyên tắc điều trị các bệnh của tai.

**I. Đại cương**

- Tai là nơi khai khiếu của thận, thận khí thông ra tai. Kinh thiếu dương đởm và tam tiêu đều vào trong tai, can và đởm có quan hệ biểu lý tạng phủ với nhau. Vì vậy, các bệnh của tai có quan hệ với thận, can, đởm, tam tiêu. Các bệnh cấp tính ở tai thường do thực nhiệt ở can, đởm, tam tiêu gây ra. nên phương pháp chữa chung là thanh nhiệt ở can đởm. Các bệnh viêm nhiễm mạn tính ở tai thường do hư nhiệt ở thận gây ra, nên phương pháp chừa chung là bổ thận âm giáng hư hỏa (tư âm giáng hỏa).

**II. Các triệu chứng thưòmg gặp ỏ’ tai**

**1. Đau tai**

- Bệnh mới phát, mức độ đau nhẹ, tai cảm giác tức, thính lực giảm, màng nhĩ hơi đỏ hoặc bình thường. Nguyên nhân do phong nhiệt tà xâm phạm vào phần biểu.

- Đau lâu ngày, mức độ không dữ dội, có cảm giác căng tức trong tai, ù tai, giảm thính lực, không có tiền sử chảy mủ tai, phần lớn do can thận bất túc hoặc tỳ khí hư nhược.

- Nếu tai đau nhẹ, chảy mủ, màng nhĩ có lỗ thủng, thính lực giảm nhiều là do tỳ khí hư kiêm thấp trọc đình trệ.

- Tai đau dữ dội, có thể lan ra nửa mặt cùng bên là do can nhiệt, đởm nhiệt trong thời kỳ nhiệt đang chưng ủ cơ mạc thành mủ.

- Tai đau dữ dội, mủ chảy đột nhiên tăng lên, sốt cao, buồn nôn, mê sảng hoặc hôn mê là do hỏa độc nội công tâm bào.

- Trong tai đau dữ dội, màng nhĩ căng bóng, ép kéo vành tai đau tăng lên là do hỏa nhiệt tấn công nhĩ đạo gây sưng đau làm mủ.

**2. Mủ tai**

- Khi bệnh mới mắc, tai chảy mủ đặc vàng phần nhiều do nhiệt của can đởm chưng đốt rồi gây tổn thương màng nhĩ. Nếu trong mủ có lẫn máu là do can kinh có nhiệt bức huyết vong hành.

- Bệnh lâu ngày, tai chảy mủ đặc lượng ít là do thận âm hư, hư hỏa thượng viêm. Nếu trong mủ có hạt lổn nhổn, mùi thối là do thấp nhiệt đình lại làm tổn thương cơ xương. Đây là tình trạng tà thực chính hư.

**3. Ù tai, điếc tai**

- Ù tai xuất hiện đột ngột, âm thanh to, thính lực giảm là do hỏa của can đởm thượng nghịch hoặc đàm hỏa uất kết.

- ù tai xuất hiện từ từ, âm nhỏ, thính lực giảm dần là do can thận hư, hư hỏa thượng viêm, khí huyết hư tổn không nhu dưỡng được tai.

- Tiếng ù như ve kêu là do can thận hoặc tâm thận hư tổn.

- Tiếng ù như gió thổi, sóng biển là do can đởm nhiệt thịnh, tà khí uất lại trong tai.

- Đột nhiên bị điếc là do ngoại tà phong, nhiệt, thấp làm tắc nhĩ khiêu hoặc dị vật làm tắc ống tai ngoài.

- Giảm thính lực từ từ do tạng phủ kém.

- Giảm thính lực nhanh do hỏa độc.

- Người già nghe không rõ, chảy mủ tai là do can thận lưỡng hư, khi huyết bất túc.

**4. Chóng mặt**

Nguyên nhân gây chóng mặt có nhiều, ở đây chỉ đề cập đến những nguyên nhân tại tai.

- Chóng mặt kèm đau đầu, đau tai, miệng đắng họng khô là do nhiệt ở can đởm thượng kháng.

- Chóng mặt kèm cảm giác căng đầu, nặng đầu, ù tai âm trầm, ngực đầy chướng là do đàm thấp tắc trệ.

- Chóng mặt, ù tai kéo dài, thính lực giảm, tăng lên khi thay đổi tư thế hoặc lao động, hồi hộp khó thở là do khí hu) ết bất túc, tỳ khí hư tổn.

- Chóng mặt thấy trước mắt tối đen kèm ù tai âm cao, thính lực giảm, trí nhớ giảm, lưng gối đau mỏi là do thận tinh hư tổn.

- Chóng mặt kèm chảy mủ tai: Nếu bệnh mới mắc là do hỏa độc của can đởm chưng đốt, nếu bệnh mắc lâu ngày là do tỳ vị hư hàn, thấp tà nội thịnh.

**III. Nguyên tắc điều trị các bệnh ở tai**

**1. Thuốc uống**

*a. Sơ phong thanh nhiệt*

- Dùng cho các trường hợp phong nhiệt xâm phạm vào biếu trong đó có tai, cũng dùng khi phong hàn đã hóa nhiệt gây bệnh ở tai.

- Triệu chứng: Tai căng tức, đau nhẹ, cảm giác tắc tịt ở lỗ tai, thính lực giảm, sợ lạnh, phát sốt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù. Đây là thời kỳ đầu của bệnh khi tà khí còn ở biểu. Trường hợp này dùng thuốc tân lương giải biểu để giải ngoại tà. Các vị thuốc hay dùng là: Kinh giới, Tang diệp, Cúc hoa, Kim ngán hoa, Hạ khô thảo. Các vị thuốc này nên kết hợp với các vị thuốc thông khiếu. Bài thuốc hay dùng là Ngân kiều tán và Tang cúc ẩm.

*b. Tiết hỏa giải độc*

- Dùng khi bệnh tà đã vào lý biểu hiện: Đau tai nhiều, nhức tai, màng nhĩ xung huyết, có thể có mủ, sốt cao, đau đầu, miệng khô, chất lưỡi đỏ, mạch sác hữu lực. Nên dùng các vị thuốc hàn lương tiết hỏa để thanh tiết uất nhiệt ở bên trong.

- Nếu xu thế là hoả nhiệt của can đởm thì pháp điều trị là thanh can tiết hỏa. Các vị thuốc hay dùng là Hoàng cầm, Chi tử, Hoàng liên, Hạ khô thảo, Long đởm thảo, Kim ngân hoa, Liên kiều, Bồ công anh. Bài thuốc hay dùng là Long đởm tả can thang.

- Nếu nhiệt độc là chính nên dùng các vị thuốc: Kim ngân hoa, Liên kiều, Cúc hoa, Hoàng liên, Chi tử. Bài thuốc hay dùng là Ngũ vị tiêu độc ẩm.

- Nếu hoả tà xâm phạm vào tâm kinh, tâm hỏa tức thịnh nên dùng pháp thanh dinh lương huyết để điều trị. Các vị thuốc hay dùng là: Sừng trâu, Sừng tê giác, Đan bỉ, Sinh địa, Huyền sâm, Tâm sen. Bài thuốc hay dùng là Thanh ôn bại độc ẩm.

- Nếu nhiệt nhập tâm bào làm rối loạn thần minh nên dùng bài An cung ngưu hoàng hoàn hay bài Tử tuyết đan.

*c. Lợi thủy thấm thấp*

- Dùng trong các trường hợp thấp trọc nội đình biểu hiện tai đau ít, ngứa nhiều, dịch mủ loãng chảy kéo dài.

- Các vị thuốc hay dùng là: Trạch tả, Phục linh, Thông thảo, Sa tiền, Ý dĩ.

- Nếu thấp và nhiệt đều nặng gia Hoàng cầm, Kim ngân hoa, Khổ sâm.

- Nếu thấp đình lưu kèm khí trệ thì phối hợp với các vị thuốc hành khí thông trệ như Chỉ xác, Hậu phác, Thạch xương bồ, Hoắc hương.

- Nếu thấp là hậu quả của tỳ hư thì kiện tỳ trừ thấp, dùng bài Sân linh bạch truật tán gia giảm

*d. Bổ thận ích tinh*

- Dùng cho trường hợp thận hư gây ù tai, điếc tai kéo dài, chả> mủ tai thường xuyên.

- Nếu thận âm hư tổn nên dùng các vị bổ thận âm vị ngọt, tính hơi hàn nhằm tư dưỡng phần âm. Bài thuốc hay dùng là Lục vị hoàn. Các vị hay dùng là: Hạ khô thảo, Quy bản, Miết giáp, Nữ trinh tử, Thục địa. Nếu hư hỏa thượng viêm nặng nên dùng phối họp với Tri mẫu, Địa cốt bì, Thiên hoa phấn, hạch hộc. Bài thuốc hay dùng là Lục vị tri ba.

- Nếu cẩn thận âm hư, can dương vượng nhiều dùng bài Kỷ cúc địa hoàng hoàn gia Câu đằng, Thạch quyết minh nhằm dục âm tiềm dương bình can.

- Nếu thận dương hư biểu hiện: ù tai, diếc tai, người lạnh, sợ lạm, lưng gối đau mỏi nên dùng pháp ôn bổ thận dương, tán hàn thông khiếu. Các vị thuốc hay dùng là: Bổ cốt chỉ, Dâm dương hoắc, Phụ tử chế, Nhục quế. Bài thuốc hay dùng là Hữu qui hoàn và Bát vị quế phụ.

*e. Tán ứ bài nùng*

- Dùng khi có mủ ứ đọng. Nếu nhiệt độc ủng tắc, ứ trệ làm thối rữa cơ mạc thành mủ, nên dùng pháp tán ứ bài nùng kết hợp với thanh nhiệt giải độc. Các vị thuốc tán ứ bài nùng hay dùng là: Bạch chỉ, Cát cánh, Xuyên sơn giáp, Thiên hoa phấn, Ý dĩ, Tạo giác thích.

- Nếu chính khí bất túc, mủ chảy lâu ngày không đỡ thì nên phối hợp với pháp bố ích khí huyết, bài thuốc hay dùng là Thác lý tiêu độc tán gồm các vị: Hoàng kỳ, Tạo giác thích, Kim ngân hoa, Cát cánh, Bạch chỉ, Xuyên khung, Đương quy, Xích thược, Bạch linh, Bạch thược, Đẳng sâm.

- Nếu mủ xâm lấn vào xương nên kết họp thuốc hoạt huyết, hoá ứ, bài nùng sinh tân như: Đào nhân, Hồng hoa, Nhũ hương, Một dược.

*f. Hành khí thông khiếu*

- Dùng khi độc tà ủng tắc trong tai làm xuất hiện các triệu chứng của khí trệ, huyết ứ, cảm giác như tắc ở lỗ tai. Vị thuốc hay dùng là: Hoắc hương, Thanh bì, Thạch xương bồ. Bài thuốc hay dùng là Thông khí tán (Sài hồ, Hương phụ, Xuyên khung).

**2. Thuốc dùng ngoài**

*a. Phương pháp rửa tai*

- Dùng khi có chảy mủ tai, loét tai.

- Thuốc thanh nhiệt giải độc sắc lấy nước rửa tai, làm sạch ống tai ngoài, lấy sạch mủ. Vị thuốc hay dùng là Hoàng liên.

*b. Phương pháp nhỏ tai*

- Dùng trong các trường hợp đau tai, chảy mủ tai.

- Dùng thuốc thanh nhiệt giải độc, thu liễm trừ thấp, chỉ thống chế thành thuốc. Thuốc nhỏ tai Hoàng liên (Hoàng liên, Khô phàn, Glycerin, băng phiên), thuốc nhỏ tai Ngư tinh thảo.

*c. Phương pháp thổi thuốc vào tai*

- Dùng cho các trường hợp chảy mủ tai, mụn trong tai.

- Dùng các vị thuốc có tác dụng thanh nhiệt giải độc, thu liễm tán nhỏ mịn để thổi vào tai như: Hoàng liên, Phèn phi,...

*d. Phương pháp bôi thuốc*

- Dùng khi vành tai, ống tai ngoài sưng đau, chảy nước.

- Dùng các vị thuốc thanh nhiệt giải độc, trừ thấp, tiêu thũng. Bài thuốc hay dùng là Hoàng liên cao (Hoàng liên, Quy vĩ, Hoàng bá, Sinh địa, Can khương, Dầu vừng, Sáp ong).

***3. Phương pháp chăm cứu***

- Châm cứu có tác dụng điều hòa khí huyết, lưu thông kinh lạc nên có thể điều trị được nhiều chứng ở tai như ù tai. điếc tai, chóng mặt

- Hình thức: Nhĩ châm, điện châm, thủy châm, thể châm.

*a. Nhĩ châm:* Điều trị ù tai, điếc tai và một số bệnh tai mạn tính. Châm huyệt thận, tai trong, chấm, điểm đau sâu 2-3mm, lưu kim 20-30 phút, cũng có thể dùng kim nhĩ châm và lưu kim cố định một tuần.

*b. Thể châm:* Điều trị ù tai, điếc tai và một số bệnh mạn tính khác. Nếu ù tai, điếc tai nên châm huyệt Nhĩ môn, Thính cung, Thính hội, Ế phong, Trung chữ, Ngoại quan, Túc tam lý. Mỗi lần châm chọn 2-3 huyệt, kích thích mạnh, lưu kim 10-20 phút.

Nếu chảy mủ tai lâu ngày châm huyệt: Thính cung, Ngoại quan, Hành gian, Thận du, Hợp cốc kích thích trung bình, lưu kim 30 phút.

*c. Thủy châm:* Điều trị ù tai, điếc tai. Chọn huyệt lân cận vùng tai để thuỷ châm, mỗi lần thuỷ châm 1-2 huyệt. Mỗi huyệt thuỷ châm 0,5-1 ml thuốc, khoảng 2- 3 ngày thủy châm một lần. Ở Việt Nam thường dùng vitamin nhóm B đê thuỷ châm, ơ Trung quốc tuỳ theo bệnh mà chọn dung dịch thủy châm chê từ Đương quy, Hồng hoa, Xuyên khung. Nếu bệnh thuộc nhiệt người ta dùng tnuổc thủy châm chế từ Ngư tinh thảo, Xuyên tâm liên.

*d. Cứu:* Điều trị tai ù, tai điếc, chóng mặt do hàn. Dùng mồi ngải cứu huyệt Bách hội, Trung quản, Quan nguyên, Túc tam lý và các du huyệt ở lưng.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đụng nhất trong các câu sau:

1. Các bệnh về tai có quan hệ nhiều đến tạng phủ sau:

A. Thận, can, đởm, tâm

B. Thận, can, đởm, tam tiêu

c. Thận, tỳ, tiểu trường, đởm

D. Thận, bàng quang, đởm, can

2. Theo y học cổ truyền triệu chứng hay gặp trong các bệnh của tai là :

A. Đau tai, chảy mủ tai, ù tai điếc tai và chóng mặt

B. Đau tai, chảy máu tai, nghe kém và ù tai

c. Đau tai, ù tai điếc tai, chảy mủ tai và chảy máu tai

 D. Chảy máu tai, chóng mặt, nghe kém và điếc ai

3. Bệnh nhân mới bị bệnh có các triệu chứng: đau tai, mức độ đau nhẹ, tai cảm giác tức, thính lực giảm, màng nhĩ hơi đỏ hoặc bình thường. Nguyên nhân là do:

A. Phong thap nhiệt xâm phạm vào phần biểu

B. Phong nhiệt độc xâm phạm vào phần biểu

c. Phong nhiệt tà xâm phạm vào phần biểu

 D. Phong th.ìp nhiệt xâm phạm vào can kinh

4. Bệnh nhân bị bệnh lâu ngày có các triệu chứng: Tai dau nhẹ, chảy mủ, màng nhĩ có lỗ thủng, thính lực giảm nhiều, người mệt mỏi, ăn kém là do:

A. Can đởm thấp nhiệt

B. Thận âm hư kiêm tỳ hư

c. Tỳ khí hư hạ hãm

D. Tỳ khí hư kiêm tháp trọc đình trệ

5. Tai đau dữ dội, có thể lan ra nửa mặt cùng bên là do:

A. Hỏa độc nội công tâm bào

B. Phong nhiệt tà

c. Hỏa nhiệt tấn công nhĩ đạo

 D. Can nhiệt, đởm nhiệt

6. Bệnh nhân mắc bệnh về tai có chảy mủ tai đặc vàng phần nhiều do:

A. Phong thấp nhiệt thịnh

B. Nhiệt của can đởm chưng đốt

c. Hỏa độc nội công tâm bào

D. Tỳ khí hư nhược

7. Ù tai xuất hiện đột ngột, âm thanh to, thính lực giảm à do:

A. Hỏa của can đởm thượng nghịch

B. Can đởm nhiệt thịnh

c. Hỏa độc nội công tâm bào

D. Phong nhiệt tà thịnh

8. Tai có tiếng ù như ve kêu là do

A. Can thận hư tổn

B. Can đởm nhiệl thịnh

 c. Can khí uất kết

D. Tỳ khí hư nhược

9. Chóng mặt kèm theo đau đầu, đau tai, miệng đắng, họng khô là do:

A. Tâm, can nhiệi thượng kháng

B. Nhiệt ở can đỏm thượng kháng

c. Phong nhiệt thượng kháng

D. Can đởm thấp nhiệt

10. Bệnh mới mắc, tai căng tức nhẹ, cảm giác tắc tịt ở lỗ tai, hình lực giảm. Điều trị dùng thuốc có tác dụng chính là:

A. Tiết hỏa giải độc

B. Lợi thủy thẩm thấp

c. Sơ phong thanh nhiệt

 D. Bổ thận ích tinh

Bài 2: VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân triệu chứng bệnh viêm tai giữa cấp theo Y học cổ truyền

2. Trình bày được cách điều trị bệnh viêm tai giữa cấp theo Y học cổ truyền

Y học cổ truyền gọi viêm tai giữa là “Nhĩ nùng'’, nguyên nhân gây bệnh do phong nhiệt và nhiệt độc gây ra. Bệnh lúc đầu cấp tính, nếu không chữa trị cẩn thận sẽ dẫn tới mạn tính, dễ tái phát.

**1. Nguyên nhân:**

Do phong nhiệt, nhiệt độc xâm phạm vào can đởm.

**2. Triệu chứng**

Sốt, sợ lạnh, đau đầu, ù tai, đau trong tai, chảy mủ vàng đặc có thể lẫn máu, mạch huyền sác, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng.

**3. Điều trị**

- Pháp điều trị: Sơ phong thanh nhiệt hoặc trừ thấp ở can đảm.

- Bài thuốc:

Bài 1: Sài hồ thanh can thang gia giảm

Sài hồ 12g bạc hà 6g

Long đởm thảo 12g Kim ngân hoa 20g

Hoàng cầm 12g Ngưu bàng tử 12g

Chi tử 12g

Nếu chảy mủ lẫn máu thêm sinh địa 16g, Đan bì 12g

Bài 2: Long đởm tả can thang gia giảm

Long đởm thảo 12g Kim ngân hoa 16g

Hoàng cầm 12g Mộc thông 12g

Chi tử 8g trạch tả 12g

Sa tiền tử 12g Đương quy 8g

Sài hồ 8g Liên kiều 12g

Sinh địa 12g Cam Thảo 4g

Nếu sốt cao không dứt gia Thạch cao 40g, Tri mẫu 16g.

Nếu táo bón thêm Đại hoàng 6g, Mang tiêu 6g. Nếu sốt nhẹ, tai đau nhức nhiều, mủ ra ít thì bỏ Sinh địa thêm Ý dĩ 16g, Thuyền thoái 6g, Thạch xương bồ 6g, Thương truật 6g.

- Điều trị tại chỗ: Lau sạch mủ trong ống tai rồi nhỏ tai bằng dịch nhỏ tai Hoàng liên, ngày 3 lần.

Cách chế dịch nhỏ tai Hoàng liên: Hoàng liên 30g nghiền thành bột thô, ngâm trong lOOml nước cất, sau 48 giờ ngâm, lọc lấy nước thuốc đun cách thuỷ cho sôi 30 phút, thêm nước cất cho đủ lOOml, thêm vào Băng toan (axit boríc) 4g, làm cho tan hết, đợi nguội rồi hoà thêm băng phiến 0,3g, Novocain 0,5g để sẵn dùng.

Có thể dùng nước sắc Hoàng bá đặc nhỏ vào tai ngày 3 lần.

- Châm cứu: Châm tả huyệt Nhĩ môn, Thính cung, Thính hội, Ế phong, Hợp cốc, Thái xung.

**CÂU HỞI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh của bệnh viêm tai giữa cấp mủ là:

A. Nhĩ môn

B. Nhĩ đinh

c. Nhĩ nùng

 D. Nhĩ cam

2. Theo Y học cổ truyền nguyên nhân gây bệnh viêm tai giữa cấp mủ là:

A. Phong thấp

B. Phong nhiệt

c. Nhiệt độc

D. Phong nhiệt, nhiệt độc

3. Pháp điều trị viêm tai giữa cấp là :

A. Sơ phong thanh nhiệt trừ thấp ở can đởm

B. Sơ phong trừ thấp ở can đởm

c. Thanh nhiệt giải độc hoặc trừ thấp ở can đởm

D. Sơ phong thanh nhiệt hoặc trừ thấp ở can đởm

4. Bài thuốc dùng để điều trị bệnh viêm tai giữa cấp là:

E. Ngân kiều tán gia giảm

F. Sài hồ thanh can thang gia giảm

G. Tiêu giao tán gia giảm

H. Sài hồ sơ can thang gia giảm

5. Vị thuốc nào sau đây thường dùng để chế thuốc nhỏ tai điều trị bệnh Viêm tai giữa cấp

A. Hoàng đằng

B. Hoàng liên

 C. Cỏ nhọ nồi

 D. Diểp cá

Bài 3: VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị viêm tai giữa mạn tính thể can kinh thấp nhiệt?

2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị viêm tai giữa mạn tính thể thận hư?

3. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị viêm tai giữa mạn tính thể tỳ hư?

Viêm tai giữa cấp nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến viêm tai giữa mạn tính. Y học cổ truyền chia bệnh viêm tai giữa thành ba thể: Can kinh thấp nhiệt, Thận hư hay âm hư hỏa viêm và Tỳ hư. Nếu có đợt cấp là do thấp nhiệt ở can kinh, nếu kéo dài không có sốt, đau là do hư hoả ở thận, nếu bệnh kéo dài kèm thêm triệu chứng về tiêu hoá như ăn kém, gầy, ỉa chảy 1 do tỳ hư thấp nhiệt.

***1. Can kinh thấp nhiệt:***

- Triệu chứng: Tai đau nhức, chảy mủ đặc, dính, hôi, lượng nhiều.

- Phương pháp chữa: Thanh can lợi thấp

- Bài thuốc: Long đởm tả can thang gia giảm

Nếu thiên về thấp thịnh bỏ Sinh địa gia: Ý dĩ 16g, Thạch xương bồ 4g, Thuyền thoái 4g, Thương truật 8g.

Nếu kèm huyết ứ gia: Đào nhân 8g, Địa long 8g, Miết giáp 16g, Đan bi 12g.

***2. Thể thận hư hay âm hư hỏa viêm***

- Triệu chứng: Mủ chảy thường xuyên, mủ loãng, tai ù, nghe kém hoa mắt chóng mặt, đau lưng mỏi gối, ngủ ít hay quên, rêu lưỡi mỏng, mạch tế sát.

- Phương pháp chữa: Bổ thận thông khiếu, dưỡng âm thanh nhiệt.

- Phương thuốc

Bài 1: Tri bá địa hoàng thang

Thục địa 12g Sơn thù 8g

Hoài sơn 16g Tri mẫu 8g

Trạch tả 8g Đan bì 8g

Phục linh 8g Hoàng bá 8g

Sắc uống ngày 01 thang hoặc làm viên uống 18g/ngày chia làm ba lần(uống kéo dài).

Bài 2: Đại bổ âm hoàn

Hoàng bá 12g Thục địa 16g

Tri mẫu 12g Quy bản 16g

Sắc uống ngày mộtthang hoặc làm viên uống một ngày 18g chia 3

lần(uống kéo dài).

***3. Thể tỳ hư:*** hay gặp ở trẻ em bị viêm tai giữa mạn tính.

- Triệu chứng: Chảy mủ loãng kéo dài, sắc mặt vàng bủng, ăn kém chậm tiêu, đại tiện lúc lỏng lúc nát, mệt mỏi, mạch hoãn nhược.

- Phương pháp chữa: Kiện tỳ hoá thấp

- Phương thuốc

Nếu rêu lưỡi trắng, hơi dày mà trơn là tỳ hư hiệp với thấp dùng bài Thanh tỳ thang gia Bạch truật, Chỉ thực:

Bài 1: Thanh tỳ thang gia giảm

Sơn dược 12g Hoàng liên 8g

Biển đậu8g Thuyền thoái 4g

Bạch thược 8g Trạch tả 12g

Phục linh 8g Tử uyển 8g

Cốc nha 8g Đại táo 6g

Bạch truật 12g Chỉ Thực 4g

Sắc uống ngày một thang, chia 2 lần.

Nếu chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng là tỳ khí hư nhược có thể uống bài Sâm linh bạch truật tán gia giảm hoặc Bổ trung ích khí thang gia giảm

Bài 2: Sâm linh bạch truật tán gia giảm:

Đẳng sâm 12g Ý dĩ 12g

Bạch truật 8g Sa nhân 8g

Phục linh 8g Liên nhục 12g

Cam thảo 4g Trần bì 8g

Sơn dược 16g Cát cánh 8g

Biển đậu 16g Hoàng bá 8g

Hoàng liên 8g

Bài 3: Bổ trung ích khí thang gia giảm:

Đẳng sâm 12g Trần bì 6g

Hoàn kỳ 12g Cam thảo 4g

Đương quy 8g Phục linh 12g

Bạch truật 12g Hoàng bá 8g

Thăng ma 8g Hoàng liên 8g

Sài hồ 12g

+ Thuốc dùng ngoài

Bài 1: Hoàng liên 16g; Băng phiến 0,6g; Bằng sa l,2g tán thành bột mịn. Rửa lau sạch tai bằng nước muối, thổi bột vào tai ngày 01 lần.

Bài 2: Phèn phi 16g; Băng phiến 0,6g; Xác rắn đốt thành than 4g. Tán nhỏ ba thứ trên rắc vào tai đã lau rửa sạch 01 lần/ngày.

+ Châm cứu: Ế phong, Thính hội, Thính cung. Nếu nhiệt thêm Hợp cốc, Phong trì. Nếu thận hư thêm Thận du, tỳ hư thêm Túc tam lý.

**CÂU HỞI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:**

1. Theo Y học cổ truyền bệnh viêm tai giữa mạn tính có liên quan đến các tạng phủ:

A. Can, Phế, Thận

B. Can, Đởm, Thận

C. Can, Thận, Tỳ

D. Tỳ, Phế, Thận

2. Pháp điêu trị bệnh viêm tai giữa mạn tính thê can kinh thấp nhiệt là:

A. Thanh can tiết nhiệt

B. Thanh can tiết nhiệt giải độc

C. Thanh can lợi thấp

D. Thanh can lợi thủy

3. Tai đau nhức, chảy mủ đặc, dính hôi, lượng nhiều là trệu chứng của bệnh viêm tai giữa mạn tính thể:

A. Tỳ thận lưỡng hư

B. Thận âm hư

c. Can đởm thấp nhiệt

 D. Can kinh thấp nhiệt

4. Bài thuốc điều trị bệnh viêm tai giữa mạn tính thể can kinh thấp nhiệt là:

A. Sài hồ thanh can thang gia giảm

B. Sài hồ sơ can thang gia giảm

c. Long đởm tả can thang gia giảm

 D. Tiêu giao tán gia giảm

5. Bột thuốc thổi vào tai điều trị bệnh viêm tai giữa mạn tính gồm các vị Hoàng liên 16g, Bằng sa l,2g và

A. Xác rắn 4g c Băng toan 0,6g

B. Xác trăn 4g D. Băng phiến 0,6g

6. Công thức huyệt chung điều trị bệnh viêm tai giữa mạn tính là Ế phong, Thính cung và huyệt:

A. Nhĩ môn c. Nhĩ tiêm

B. Thính hội D. Hợp cốc

Bài 4: Ù TAI, ĐIÉC TAI

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân cơ chế bệnh sinh ù tai, điếc tai?

2. Trình bày được các thể của bệnh ù tai, điếc tai?

3. Trình bày phương pháp phòng bệnh ù tai, điếc tai?

**I. Đại cương:**

Ù tai là tình trạng người bệnh cảm thấy trong tai có tiếng ồn, đây là một triệu chứng gặp trong nhiều bệnh tai và cũng có thể là một bệnh độc lập. Y học cổ truyền gọi chứng này là nhĩ minh.

Điếc tai là tình trạng giảm sút thính lực với những mức độ khác nhau, thậm chí có thể không nghe thấy gì. Cũng như ù tai điếc tai là triệu chứng của nhiều bệnh tai khác nhau nhưng cũng có thể là một bệnh độc lập. Căn cứ theo nguyên nhân Y học cổ truyền gọi chứng này với những tên như: Lao lung,

phong lung, hoả lung …Nói chung các y văn của Y học cổ truyền xếp ù tai,

điếc tai vào cùng nhóm với nhau.

**II. Nội dung:**

***1. Chẩn đoán***

- Ù tai là triệu chứng chủ quan mà người bệnh tự cảm thấy trong tai hoặc trong đầu mình có âm thanh.

- Điếc là chỉ sức nghe của người bệnh giảm sút thậm chí mất hẳn, hiện tượng này có thể xác định được bằng những kiểm tra khách quan.

***2. Nguyên nhân cơ chế bệnh sinh.***

*a. Tà khí phong nhiệt:* Phong nhiệt từ bên ngoài xâm phạm vào, cũng có thể vì phong hàn hoá nhiệt xâm phạm vào tai làm rối loạn khả năng tiếp thu âm thanh của nhĩ khiếu gây nên ù tai, điếc tai.

*b. Can hoả thượng nhiễu thanh khiếu:* Trong cơ thể can giữ vai trò tướng quân, tính mạnh mẽ, chủ về thăng phát sơ tiết. Nếu tức giận làm thương can sẽ dẫn đến can khí uất kết mà thượng nghịch rồi làm tắc trở nhĩ khiếu. Cũng có thể vì tình chí uất ức làm can không sơ tiết điều đạt được mà uất lại hoá hoa. Can hoả làm nhiễu loạn thanh khiếu rồi gây ù tai, điếc tai.

*c. Đàm hoả ủng kết ở nhĩ khiếu:* Ăn quá nhiều đồ cay, ngọt, béo, uống nhiều rượu sẽ làm cho tỳ vị bị tổn thương. Thấp không được chuyển hoá rồi hoá đàm, đàm uất hoá hoả bốc lên trên gây ù tai, điếc tai.

*d. Thận tinh bất túc:* Thận tàng tinh, sinh cốt tuỷ, phía trên thông với não, khai khiếu ra tai. Nếu thận khí đầy đủ bể tuỷ sẽ đầy, tai nghe được rõ. Nếu vì bệnh tật hoặc tình dục quá độ làm thận tinh hao tổn, bể tuỷ trống rỗng sẽ phát sinh ù tai, điếc tai. Mặt khác thận thuỷ và tâm hoả bình thường chế ước lẫn nhau, nên nếu thận thuỷ bất túc khiến cho tâm hoả kháng thịnh cũng sẽ gây ù tai điếc tai.

*e. Tỳ vị hư nhược mất vận hoá:* Ăn uổng không điều độ hoặc ăn nhiều đồ sống lạnh sẽ làm tổn thương tỳ vị. Tỳ khí không được kiện vận, nguồn sinh hoá khí huyết không đầy đủ, kinh mạch sẽ trống rỗng không thể nuôi dưỡng cho tai gây ù tai, nghe kém. Cũng có thể vì tỳ dương kém, tỳ khí không thăng được gây nên ù tai, điếc tai.

Ngoài ra ù tai, điếc tai còn có thể do nghe âm thanh quá to, ngồi máy bay, lặn sâu dưới nước hay uống một số thuốc gây độc cho tai.

***3. Các thể bệnh***

*a. Phong nhiệt xâm nhập.*

- Triệu chứng: Bệnh khởi phát tương đối nhanh. Người bệnh cảm thấy trong tai căng tức, tắc tị, sức nghe giảm sút trong khi tiếng ồn trong tai rất to. Khám tai có thể thấy màng nhĩ hơi đỏ cũng có khi không thấy gì đặc biệt. Có thể thấy đau đầu, sợ lạnh, sốt, miệng khô, mạch phù đại, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc vàng mỏng.

- Điều trị:

+ Pháp điều trị: Sơ phong thanh nhiệt tán tà

\* Thuốc uống

- Bài thuốc: Ngân kiều tán.

\* Thuốc dùng ngoài: Có thể dùng nước Thạch xương bồ tươi để nhỏ vào tai. \*Châm cứu: Châm tả các huyệt Thượng tinh, Nghinh hương, Hợp cốc,

lưu kim 15phút, mỗi ngày châm một lần.

*b. Can hoả thượng nhiễu.*

- Triệu chứng: Tai ù như tiếng sóng cũng có khi như tiếng sấm, tiếng gió, thính lực giảm lúc nhiều lúc ít, sau mỗi lần uất ức, căng thẳng triệu chứng lại nặng lên. Kèm theo các triệu chứng căng tức, đau trong tai, đau đầu chóng mặt, mặt đỏ, mắt đỏ, miệng đắng họng khô, đêm ngủ không yên, phiên táo, ngực sườn đầy tức, đại tiện táo, lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sác hữu lực.

- Điều trị

+ Pháp điều trị: Thanh can tiết nhiệt, khai uất thông khiếu.

+ Bài thuốc: Long đởm tả can thang gia Thạch xương bồ

Long đởm thảo 12g Sa tiền 12g Xương bồ 8g

Mộc thông 12g Sài hồ 8g Chi tử 8g

Hoàng cầm 12g Trạch tả 12g Sinh địa 12g

Cam thảo 6g Đương quy 8g

Nếu can khí uất kết mà hoá nhiệt còn nhẹ có thể dùng phép sơ can giải uất thông khiếu và dùng bài Tiêu giao tán gia Mạn kinh tử, Thạch xương bồ, Hương phụ.

Sài hồ 12g Bạch thược 12g Đương quy 12g Bạchtruật 12g

Cam thảo6g Bạc hà 8g Sinhkhương 8g Bạch linh 12g

Mạn kinh tử 8g Thạch xương bồ 8g Hương phụ 8g

*c. Đàm hoả uất kết.*

- Triệu chứng: ù tai hai bên không ngừng, hai tai có cảm giác tắc tị, không nghe rõ âm thanh, chóng mặt nặng đầu, ngực bụng đầy chướng, ho có đờm nhiều, miệng đắng hoặc nhạt, nhị tiện không thông, lưỡi đỏ rêu vàng dầy, mạch huyền hoạt.

- Điều trị

+ Pháp điều trị: Thanh hoả hoá đàm, hoà vị giáng trọc.

+ Bài thuốc : Nhị trần thang gia vị.

Hoàng cầm Hoàng liên Chỉ thực

Qua lâu nhân Nam tinh chế Hạnh nhân

*d. Thận tinh bất túc.*

- Triệu chứng: Trong tai có cảm giác ve kêu, đêm ngày không nghỉ, có khi thấy hư phiền mất ngủ, thính lực giảm từ từ, chóng mặt, mắt mò, lưng gối mỏi, nam có thể thấy di tinh, nữ có thể thấy khí hư. Tiêu hoá kém, chấi lưỡi đỏ, ít rêu, mạch vi tế hoặc tế sác.

- Điều trị:

+ Pháp điều trị: Bổ thận ích tinh, tư âm tiềm dương.

+ Bài thuốc: Lục vị địa hoàng thang gia Ngũ vị tử, Từ thạch.

*e. Tỳ vị hư nhược.*

- Triệu chứng: ù tai, điếc tai, khi mệt mỏi bệnh tăng lên. Trong tai có cảm giác trống rỗng mà lạnh. Người mệt mỏi, ăn kém, ăn xong đầy bụng, đại tiện lỏng, sắc mặt vàng úa, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch hư nhược.

- Điều trị:

+ Pháp điều trị: Kiện tỳ ích khí thăng dương.

+ Bài thuốc: Bổ trung ích khí thang gia Thạch xương bồ.

\* Châm cứu: Chọn huyệt Nhĩ môn, Thính cung, Ế phong, Trung chữ, Ngoại quan, Âm lăng tuyền, Túc tam lý, Tam âm giao. Chọn mồi lần 2 - 3 huyệt. Thủ thuật bổ tả tùy theo nguyên nhân gây bệnh. Nếu bệnh thuộc hàn có thể cứu.

+ Nhĩ châm: Chọn các huyệt Tai trong, Thận, Can, Thần môn, châm 15-20 phút, 15 ngày là một liệu trình

**IV. Chăm sóc hộ lý và dự phòng**

Tuy không có biện pháp dự phòng đặc thù nhưng căn cứ theo Y học cổ truyền, các mặt ăn uống, tình chí, nơi ở đều cần chú ý. Những người ù tai, điếc tai do can khí uất kết cần chú ý điều tiet tâm lý, còn những ngưòi ù tai, điếc tai do đàm hoả uất kết cần chú ý ăn ít đồ béo ngọt, đề phòng tích trệ lại thành đàm làm bệnh tình nặng thêm. Đối với những người thận hư gây ù tai, điếc tai cần chú ý dinh dưỡng đầy đủ, nghỉ ngơi, giảm bớt sinh hoạt tình dục, hạn chế ăn những đồ ôn táo. Đối với nhừng người tỳ hư gây ù tai chú ý điều tiết ăn uống. Nếu ù tai tăng nhiều về đêm khiển cho người bệnh bực dọc, khó ngủ, trước khi đi ngủ nên ngâm chân vào nước ấm nhằm góp phần thúc đẩy qua trình dẫn hoả quy nguyên, việc này có thể làm giảm nhẹ triệu chứng, cần kiêm các chất kích thích như bia, rượu, chè đặc. Với những người ù tai nặng khi đi đường cần chú ý an toàn giao thông.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Y học cổ truyền chia bệnh ù tai điếc tai thành:

A. 2 thể B. 4 thể

C. 3 thể D. 5 thể

2. Bệnh ù tai điếc tai liên quan đến tạng phủ nào:

A. Tâm C. Tỳ

B. Can D. Tỳ và can

3. Bệnh danh của bệnh ù tai là:

A. Nhĩ lung C. Nhĩ đinh

B. Nhĩ minh D. Nhĩ cam

4. Nguyên nhân gây bệnh ù tai điếc tai hay gặp là:

A. Phong thấp C. phong nhiệt

B. Phong hàn D. Phong thấp nhiệt

5. Bệnh ù tai điếc tai thể phong nhiệt xâm nhập có triệu chứng:

A. Tai căng tức, tắc tị C. Tai căng nặng, tắc tị

B. Tai căng đau, tắc tị D. Tai căng đau tức

6. Pháp điều trị bệnh ù tai điếc tai thể phong nhiệt xâm nhập là:

A. Sơ tán phong nhiệt tà C. Sơ phong thanh nhiệt giải độc

B. Sơ phong thanh nhiệt tán tà D. Sơ phong thanh nhiệt trừ thâp

7. Bài thuốc điều trị ù tai điếc tai thể phong nhiệt là:

A. Tang cúc ẩm C. Ngân kiều tán

B. Hoàng liên giải độc thang D. Ngũ vị tiêu độc ảm

8. Công thức huyệt điều trị ù tai điếc tai thể phong nhiệt là:

A. Nhĩ môn, Thính cung, thính hội

B. Phong trì, Thượng tinh, Hợp cốc,

C. Thượng tinh, Nghinh hương, Hợp cốc

D. Thượng tinh, Nghinh hương, Àn đường

Bài 5: NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

**Mục tiêu:**

. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị bệnh Nhọt ống tai ngoài theo Y học cổ truyền

2. Biết nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị bệnh Nhọt ống tai ngoài theo Y học hiện đại.

**I. Nhọt ống tai ngoài Y học hiện đại**

Nhọt ống tai ngoài là bệnh hay gặp, nhất là vào mùa hè, là hiện tượng viêm da ở thành ống tai ngoài, phần sụn.

***1. Nguyên nhân***

- Do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn gây xước da thành ống tai. tạo điều kiện cho vi khuẩn đặc biệt là tụ cầu xâm nhập vào nang lông hay tuyến bã.

- Do mụn nhọt toàn thân vì rối loạn dinh dưỡng.

***2. Chẩn đoán***

- Đau tai tăng dần, đau nhiều về đêm, đau tăng khi nhai ngáp.

- Có thể nghe kém nhẹ, ù tai.

- Có thể sưng tấy ở nắp tai hay sau tai.

- Sốt nhẹ hoặc cao khi viêm tay lan tỏa.

- Khám: Ân vào nắp tai hoặc kéo vành tai đau nhói rõ. Soi tai lúc đầu thấy một gờ đỏ nhỏ thường ở phần ngoài thành ống tai, chạm vào rất đau. Sau nhọt to dần che lấp một phần ống tai, xung quanh tay đỏ, đầu có mọng mu trắng.

Nhọt ống tai có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

***3. Điều trị***

- Tại chỗ: Chườm nóng, giảm đau. Nếu nhọt mới tay đỏ chấm cồn Iod lên đầu nhọt. Khi nhọt đã mưng mủ phải chích nhọt, tháo mủ, sát khuẩn.

- Toàn thân: Dùng kháng sinh

***4. Phòng bệnh:***

- Vệ sinh tai sạch sẽ.

- Tránh thói quen ngoái tai.

**II. Nhọt ống tai ngoài theo Y học cổ truyền**

***1. Bệnh danh:*** Nhĩ đinh

***2. Nguyên nhân:*** Nhiệt độc, xây sát.

***3. Triệu chứng:***

Ống tai nóng, đau rát, đau tăng khi nhai, há miệng, ép bình tai, kéo vành tai, có thể ù tai, nghe kém.

Toàn thân có thể: Sợ gió, sốt, đau đầu, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng.

Khámống tai sưng đỏ, nhọt kích thước bằng đầu ghim, đầu tăm. Giai đoạn sau nhọt sưng đò lan tòa, ở giữa mọng mủ trắng.

***4. Điều trị:***

- Phương pháp chữa: Thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết.

- Bài thuốc:

Bài 1:

 ngân hoa 16g Sài đất 16g

Bồ công anh 16g Hoàng liên 12g

Cúc hoa 12g Chi tử 8g

Sinh địa 12g Kê huyết đằng 16g

Bài 2: Ngũ vị tiêu độc ẩm gia giảm

Kim ngân hoa 20g Chi tử 12g

Bồ công anh 40g Long đởm thảo 8g

Liên kiều 20g Cúc hoa 12g

Hoàng cầm 12g Xích thược 12g

Nếu táo bón thêm Đại hoàng 6g.

Nếu sốt nóng, rét là bệnh mới phát bỏ Hoàng cầm thêm Ngưu bàng tử 12g, Bạc hà 8g.

- Chữa tại chồ:

Mụn mới mọc chưa vỡ dùng viên bông tẩm nước Hoàng liên 30%(hoặc Hoàng bá) đặt vào trong tai, hơi khô thì lại thay. Hoặc dùng Đại hoàng, Hoàng liên hai vị bằng nhau, nghiền chung nhỏ mịn, trộn nước chè để nguội đắp, một ngày 2 lần.

- Châm cứu: Ế phong, Thính cung, Thính hội, Nhĩ môn, Hợp cốc, Ngoại

quan.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh nhọt ống tai ngoai có triệu chứng:

A. Sốt, đau đầu

B. Sốt, không đau đầu

C. Không sốt, đau đầu

D. Sốt cao, đau đàu nhiều

2. Tính chất đau tai của bệnh nhọt ống tai ngoài là:

A. Đau tăng khi nghỉ ngơi

B. Đau tăng khi nhai ngáp

C. Đau tăng khi lao động

D. Đau tăng khi chuờm nóng

3. Khi nhọt ống tai ngoài mới tấy đỏ nên điều trị bằng cách:

A. Chuờm nóng

B. Chuờm lạnh

C. Bôi cao sao vàng

D. Chấm Oxy già

4. Nguyên nhân gây nhọt ống tai ngoài là:

A. Phong nhiệt

B. Phong hàn

C. Thấp nhiệt

D. Xây sát

5. Bệnh danh bệnh nhọt ỏng tai ngoài là :

A. Nhĩ minh

B. Nhĩ cam

C. Nhĩ đinh

D. Nhĩ nùng

Bai 6: CÂM ĐIẾC

**Mục tiêu:**

1. Trình bày đuợc nguyên tắc chữa bệnh câm điếc.

2. Trình bày đuợc phuơng pháp chữa điếc.

3. Trình bày đuợc phuơng pháp chữa câm.

Câm điếc thường là di chứng của các bệnh Viêm não, điếc rồi gây câm do nhiễm độc thuốc, một số bệnh bẩm sinh...Truớc khi chữa bệnh phải tìm hiểu nguyên nhân, bệnh sử, tình hình chữa bệnh đã qua, khám ngũ quan và toàn thân. Sau đây xin giới thiệu một số nguyên tắc và phuơng pháp chữa bệnh câm điếc.

**I. Nguyên tắc chữa bệnh câm điếc**

1. Trước hết phải chữa điếc, khi nghe được thì chữa câm và chữa câm điếc phối hợp

2. Phải luyện nói kiên trì, luyện nghe và chữa bệnh bằng các phương pháp đồng thời với nhau.

3. Khi châm cứu lấy huyệt ở vùng tai, vùng chẩm gáy là chính, nhưng phải kết hợp với các huyệt ở xa tuỳ nguyên nhân. Thủ thuật mạnh yếu tuỳ theo tình hình nặng nhẹ và sự chuyển biến của bệnh tật. Có thể kết hợp nhiều phương pháp châm khác như nhĩ châm, điện châm, thuỷ châm.

4. Liệu trình trước dài sau ngắn (12-5 ngày), khoảng cách các liệu trình trước ngắn sau dài (5-10 ngày), khi sức nghe đã khôi phục tốt, thời gian dừng cham có thể kéo dài.

5. Các phương pháp luyện nói, luyện nghe, châm kim chữa bệnh phải tiến hành kiên trì, dài ngày, từng bước .

6. Nên chọn phương pháp điều trị kết hợp Đông, Tây y để nâng cao và củng cố kết quả chữa bệnh. Nếu có kèm bệnh ở ngũ quan hoặc toàn thân phải tiến hành chữa kịp thời.

**II. Phương pháp chữa điếc**

***1. Thể châm***

*a. Chọn huyệt:* Nhĩ môn, Thính cung, Thính hội, Ế phong, Hạ quan, Ế minh, Hậu thính cung, Hậu thính hội, Trung chữ, Tam dương lạc, Ngoại quan, Hội tông, Tứ độc.

*b. Yêu cầu và thủ pháp châm*

- Yêu cầu châm phải chính xác (đúng huyệt, có cảm giác đau khi chọn huyệt), phải đảm bảo độ sâu của huyệt, phải đắc khí.

- Thủ pháp: Vê kim, đảo kim nhiều hay ít tuỳ theo mức độ chịu đựng của người bệnh và sự tiến triển của bệnh. Có thể châm kim nhanh rút kim nhanh, vừa châm vừa đảo kim (thường áp dụng cho trẻ em).

***2. Các phương pháp khác***

*a. Nhĩ châm:* Thần môn, vùng thận. Mỗi ngày châm một huyệt, 10 ngày là một liệu trình hoặc chọn 1-2 huyệt để chôn kim.

*b. Xoa bóp:* Vòng quanh tai từ huyệt Thính cung lấy ngón tay cái miết độ 5-15 lần lên trên hoặc xuống dưới huyệt, lấy ngón tay cái miết từ huyệt Thính cung lên huyệt Hạ quan 5-10 lần.

*c. Thuỷ châm:* Dùng các loại thuốc Bl, BI2, nước đường đẳng trương tiêm vào các huyệt Nhĩ môn, Thính cung, Thính hội, Ế phong..., thay đổi nhau mỗi ngày thuỷ châm một huyệt, mỗi huyệt thủy châm 0,3-0,5ml thuốc, 10 ngày là một liệu trình.

**III. Phương pháp chữa câm**

***1. Luyện nói:*** Sau khi thính lực đã có, tuỳ theo mức độ nghe tổ chức luyện nói phù họp: Luyện phát âm, luyện động tác của lưỡi. Luyện nói phai kiên trì, từng bước, cần tổ chức các lớp luyện nói căn cứ theo tiến bộ của người bệnh.

***2. Châm:*** Á môn, Liêm tuyền, rhượng liêm tuyền, Kim tân , Ngọc dịch.

Chú ý khi châm huyệt Á môn phải đảm bảo độ sâu, bệnh nhân thấy đắc khí nhưng không được châm quá sâu.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Nêu 6 nguyên tắc điều trị bệnh câm điếc theo Y học cổ truyền?

2. Trình bày phương pháp chữa điếc?

3. Trình bày phương pháp chữa cam?

Bài 7: ĐẠI CƯƠNG BỆNH MŨI

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được mổi quan hệ giữa mũi và tạng phủ.

2. Trình bày được nguyên nhân gây bệnh ở mũi.

3. Trình bày các triệu chứng hay gặp ở mũi.

4. Trình bày phương pháp điều trị các bệnh về mũi

**I. Đại cương**

- Mũi là cửa ngõ, nơi khí ra vào cơ thể, là bộ phận khứu giác, tham gia vào việc phát âm.

- Mũi thuộc về phế.

- Đầu mặt là nơi tụ hội của dương khí. Mũi ở giữa mặt nên là dương ở trong dương, là nơi khí thanh dương giao hội.

- Mũi là một thanh khiếu.

**II. Quan hệ giữa mũi và tạng phủ**

Thông qua kinh lạc mà mũi có mối quan hệ với tạng phủ, trong đó quan hệ chặt chẽ nhất là với phế, tỳ, đởm và thận.

**1. Phế**

- Mũi là khiếu của phể, mũi liên hệ với phế thông qua hầu, mũi giúp cho phế thực hiện chức năng hô hấp.

- Sự thông điều của phể khi giúp mũi thực hiện chức năng khứu giác.

**2. Tỳ**

- Tỳ thống huyết, mũi là nơi huyết mạch tập trung. Hoạt động sinh lý bình thường của mũi phụ thuộc vào sự nuôi dưỡng của tỳ. Viêm mũi mạn tính khám không thấy triệu chứng tại chỗ nhưng bệnh nhân vẫn có cảm giác tắc mũi, pháp điều trị là bổ khí.

- Bệnh lý của tỳ có thể biểu hiện ở mũi: Tỳ nhiệt gây mũi đỏ, tỳ có phong mũi vàng.

**3. Đởm**

- Là phủ thanh dương: Nếu khí của đởm hòa bình thì chức năng sinh lý của mũi điều hòa.

- Nếu kinh đởm có nhiệt thì nhiệt theo đường kinh lên mũi dẫn tới sổ mũi.

- Bệnh thực nhiệt ở mũi đa số do nhiệt đến từ can đởm.

**4. Thận**

- Thận tàng tinh chủ về nạp khí. Chức năng của mũi dựa vào sự nuôi dưỡng của thận tinh.

- Khi thận khí đầy đủ nhiếp nạp bình thường thì phế và mũi thông sướng.

**III. Nguyên nhân gây bệnh ở mũi**

Bệnh ở mũi phát sinh chủ yếu do ngoại tà gây nên. Mối quan hệ giữa chính khí hư, chính khí thực với ngoại tà sẽ gây nên các bệnh cảnh khác nhau của mũi. Ngoại tà gây bệnh cho mũi có thể là phong, nhiệt, hàn, thấp. Các bệnh cấp tính thực nhiệt hay có quan hệ với các tạng phế, tỳ, đởm. Bệnh hư hàn mạn tính có quan hệ với tạng phể, tỳ, thận.

**1. Độc tà**

- Có thể là phong hàn hay phong nhiệt: khi vào cơ thể trước tiên phải qua mũi rồi vào phế làm rối loạn chức năng tuyên giáng của phe dẫn đến khí huyết đình lưu, kinh lạc tắc trở làm chảy nước mũi, tắc mũi, hắt hơi, niêm mạc mũi đỏ, sốt, sợ lạnh.

- Phong hàn làm phế khí bị uất bế, hàn tà ngưng đọng làm khí không thông lợi gây tắc mũi.

- Độc tà uất lâu ngày hóa hỏa bức huyết vong hành làm chảy máu mũi.

**2. Đởm**

- Là phủ thanh dương tính cương cường, bệnh do nó gây nên chủ yếu là hỏa nhiệt thượng kháng.

- Biểu hiện: Tắc mũi, ngửi kém, chảy nước mũi vàng đặc, niêm mạc mũi sưng đỏ, đầu căng đau dừ dội, hoa mắt, tức ngực, ù tai.

**3. Thấp nhiệt ở tỳ vị**

Tỳ vị đã có nhiệt lại thêm độc tà từ bên ngoài xâm phạm dẫn đến lưỡng tà giao kết với nhau đi lên trên thiêu đốt cơ mạc ở mũi và gây bệnh. Triệu chứng: Mũi sưng đỏ cả trong và ngoài, nước mũi vàng đặc.

**4. Phế hư**

- Phế khí bất túc không tuyên phát được vệ khí làm cho vệ khí không tới được cơ biểu, độc tà dễ xâm phạm mà lại khó ra.

- Độc tà xâm phạm lâu ngày làm hao tổn phế khí, công năng tuyên phát túc giáng suy giảm phát sinh bệnh ở mũi với tính chất hư chứng. Phế khí hư có hàn tà ngưng kết, thủy dịch nội đình làm niêm mạc mũi phù nề. nhạt màu, hắt hơi từng cơn, chảy nước mũi trong. Nếu phể âm hư, tân dịch hao tổn làm mũi khô do không được nhu dưỡng. Nếu có độc tà sẽ làm niêm mạc mũi bị hủy hoại, khô teo đét.

**5. Tỳ hư**

- Tỳ hư mất chức năng kiện vận làm thấp trọc ứ đọng theo dường kinh lên mũi gây chảy nước mũi đặc dính.

- Tỳ hư không nhiếp huyết, huyết không đi theo kinh mạch mà chảy ra ngoài nên mũi chảy máu lượng không nhiều, nhạt màu.

**6. Thận**

Thận hư không nhiếp nạp khí, tinh khí không được nuôi dưỡng, mũi thiêu sự nhu dưỡng, ôn dưỡng làm cho mũi dễ nhiễm ngoại tà và bị bệnh.

**IV. Các triệu chứng hay gặp trong các bệnh mũi**

Căn cứ vào tứ chẩn kết hợp Với bệnh biến cục bộ, phân tích xác định bệnh thuộc hàn hay nhiệt, hư hay thực, tạng nào bị bệnh, tà gì gây bệnh.

**1. Tắc mũi**

- Tắc mũi kèm niêm mạc mũi sưng đỏ, chảy nước mũi vàng, sốt nhiều, sợ lạnh ít, đau đầu, mạch phù sác là do phong nhiệt.

- Niêm mạc mũi sưng to, nhạt màu, sốt ít, sợ lạnh nhiều, nước mũi trong, mạch phù khẩn là do phong hàn.

- Tắc mũi lâu ngày, lúc nặng lúc nhẹ, niêm mạc mũi sưng nề, ni lạt màu là do phế hư hàn, tỳ khí hư nhược.

- Mũi tắc lâu ngày không giảm, ngứa, hắt hơi liên tục, chảy nước mũi trong loãng, cuốn mũi lồi lõm không phẳng là do khí huyết ngưng trệ.

- Tắc mũi từng đợt, ngứa mũi, chảy nước mũi trong loãng, niêm mạc mũi trắng nhợt do phế khí hư, thận hư kết hợp hàn tà ngưng trệ.

- Tắc mũi từng đợt, niêm mạc mũi đỏ phù nề, chảy nước mũi nhiều vàng đặc, miệng đắng, họng khô do kinh đởm có nhiệt.

- Mũi có cảm giác tắc nhiều, họng đau khô, niêm mạc mũi teo đét có nhiều rỉ mũi là do phế âm hư, tân dịch khô cạn.

**2. Chảy nước mũi**

- Chảy nước mũi nhiều, trong và loãng nếu bệnh mới mắc là do phong hàn gây nên, nếu bệnh đã lâu là do phế tỳ khí hư, thận dương hư.

- Nước mũi vàng đặc là do nhiệt ở tỳ và đởm.

- Nước mũi dính là do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp.

**3. Chảy máu mũi**

- Máu mũi màu đỏ tươi lượng ít là do phong nhiệt tà .

- Máu mũi màu đỏ tươi lượng nhiều là do vị phủ có nhiệt hoặc do can dương thượng kháng.

- Máu mũi màu đỏ nhạt, lượng không nhiều, lúc chảy lúc ngừng là do tỳ hư, can thận âm hư.

**4. Rối loạn khứu giác**

- Bệnh mới mắc niêm mạc mũi sưng đỏ, mũi đỏ, không ngủ được do phong nhiệt.

- Khứu giác không nhạy bén, niêm mạc mũi phù nề, nhạt màu là do phế tỳ hư.

- Không ngửi thấy mùi, mũi hôi do phế hư tổn, tà khí ứ đọng.

- Mũi không nhạy bén, trong mũi có nhiều gỉ là do thấp trọc làm kinh lạc bế tắc, khí huyết đình trệ.

**V. Phương pháp điều trị các bệnh ở mũi**

Có nhiều phương pháp điều trị các bệnh ở mũi. Căn cứ vào diễn biến bệnh tại các tạng khác nhau và biểu hiện lâm sàng của các chứng trạng có thể ứng dụng các phương pháp điều trị khác nhau

***1. Thuốc uống.***

*a. Phương hướng thông khiếu:*

Đây là phương pháp dùng các thuốc phương hương thông khí để thông tán những tắc trệ của tỵ khiếu. Vị thuốc hay dùng là: Thương nhĩ tử, Tân di, Thạch xương bồ, Hoắc hương, Bạch chỉ, Bạc hà, Cúc hoa. Bệnh của mũi phần lớn có độc tà ứ đọng lại nên phương pháp này rất hay dùng cùng những phương pháp khác. Bài thuốc hay dùng là Thương nhĩ tử tán.

*b. Sơ phong giải biểu.*

Dùng cho các bệnh mũi giai đoạn đầu, tà khí còn đang ở biểu. Nên dùng các thuốc giải biểu có vị cay, tính tán để giải biểu tà. Nếu tà là phong nhiệt dùng các thuốc tân lương giải biểu. Vị thuốc hay dùng là: Cúc hoa, Liên kiều, Tang diệp, Ngưu bàng tử, Mạn kinh tử. Bài thuốc hay dùng là Ngân kiều tán. Nếu tà khí là phong hàn, dùng các thuốc tân ôn giải biểu. Các vị thuốc hay dùng là: Kinh giới, Phòng phong, Sinh khương, Tô diệp, Hương nhu.

*c. Thanh nhiệt giải độc:*

Dùng trong các trường hợp hỏa nhiệt tà mạnh ở bên trong, niêm mạc mũi sưng đỏ nhiều, mủ nhiều, đau dữ dội. Dùng các thuốc hàn lương để thanh lý nhiệt, thanh giải độc tà. Các vị thuốc hay dùng là: Kim ngân hoa, Liên kiều, Bồ công anh, Chi tử, Long đởm thảo. Bài thuốc hay dùng là Hoàng liên giải độc thang.

*d. Thanh nhiệt lợi thấp:*

Dùng cho các trường hợp thấp nhiệt tà chưng đốt tỵ khiếu, gây nên các triệu chứng niêm mạc mũi phù nề, chảy mũi vàng đặc. Các vị thuốc hay dùng là: Sa tiền tử, Trạch tả, Mộc thông.

*e. Hành khí hoạt huyết:*

Dùng cho các trường hợp mũi có khí huyết ứ trệ, kinh lạc ngưng tắc, niêm mạc mũi phù nề, sắc tím, sần sùi, tắc mũi kéo dài. Dùng thuốc hành khí thông lạc, hoạt huyết hóa ứ, tiêu thũng tán kết. Các vị hay dùng là: Đào nhân, Hồng hoa, Trạch lan, Hương phụ. Bài thuốc hay dùng là Đương quy thược dược thang.

f. *Ôn phế bổ tỳ:*

Dùng trong các bệnh mũi gây nên bởi phế tỳ khí hư: niêm mạc mũi nhợt nhạt, hắt hơi, chảy nước mũi trong. Nếu phế khí hư là chính thì hay kèm: âm thanh thấp mà yếu, đoản khí, tự hãn nên dùng phép điều trị ôn phế bổ khí, khu tán hàn tà, dùng bài Ôn phế chỉ lưu đan. Nếu tỳ khí hư là chính: sắc mặt nhợt nhạt, sợ lạnh mệt mỏi, tiểu tiện trong, đại tiện lỏng nên dùng pháp kiện tỳ ích khí, ôn trung tán hàn dùng bài Tứ quân thang gia Phụ tử, Hoàng kỳ.

*g. Tư bổ thận âm:*

Dùng cho các trường hợp bệnh mũi mạn tính do thận âm bất túc gây nên: Niêm mạc mũi hơi đỏ, khô, teo đét, rỉ mũi đóng thành cục, khứu giác giảm sút, chóng mặt, lưng gối đau mỏi, ù tai, điếc tai. Pháp điều trị tư dưỡng thận âm. Các vị thuốc hay dùng là: Hoài sơn, Đan bì, Sơn thù, Nữ trinh tử, Tho ty tử, Câu kỳ tử, Ngũ vị tử, Tang thầm. Bài thuốc hay dùng là Lục vị hoàn.

*h. Bổ hư thác độc:*

Dùng cho các trường hợp bệnh mũi mạn tính, mũi chảy mủ lâu không khỏi. Dùng các thuốc bổ ích khí huyết và bài nùng giải độc nhằm hồ trợ chính khí, loại trừ tà khí. Bài thuốc hay dùng là Thác lý tiêu độc tán.

Những phương pháp điều trị này trên lâm sàng khi sử dụng hay phổi hợp với

nhau

***2. Thuốc dùng ngoài:***

*a. Thổi thuốc:*

Là phương pháp thổi bột thuốc vào trong mũi, thuốc này có thể là thuốc sơ phong thanh nhiệt, thông khiếu như: Băng liên tán (Hoàng liên, Tân di, Băng phiến) điều trị các bệnh mũi do phong nhiệt gây nên. Cũng có thể là các thuốc khu phong tán hàn thông khiếu như Tân di, Te tân, Xuyên khung để điều trị bệnh mũi do phong hàn gây nên. Có thể dùng ống giấy hoặc bình thổi thuốc để thổi thuốc vào mũi, ngày 2-3 lần. Khi thổi thuốc bảo bệnh nhân nhịn thở, không hít vào, đề phòng hít thuốc vào sâu, gây ho.

*b. Nhỏ mũi*

Chế thuốc thành dạng nước rồi nhỏ vào mũi. Có thể dùng các thuốc tân tán để khu phong thông khiếu nhu Tân di để chừa niêm mạc mũi sưng đỏ, tắc mũi, chảy nước mũi do ngoại tà gây nên.

*c. Xông thuốc*

Căn cứ theo bệnh tình chọn những vị thuốc thích hợp cho vào nước đun sôi lên và dùng mũi hít hơi thuốc bốc lên. Thí dụ mũi tắc không ngửi cược dùng thuốc phương hương thông khiếu như Thương nhĩ tử tán (Bạch chỉ, Bac hà, Tân di, Thương nhĩ tử).

*3. Châm cứu*

Phương pháp này có thế giải trừ biểu tà, sơ phong kinh lạc đôi với các bệnh mũi mạn tính, cấp tính đều có những hiệu quả nhất định. Nó hay dược phối hợp với các phương pháp điều trị khác.

*a. Thể châm*

Hay chọn các huyệt: Quyền liêu, Nghinh hương, Hợp cốc, Ấn đường, Liệt khuyết (chọn 2-3 huyệt mỗi lần). Châm tả nhằm sơ phong thanh nhiệt thông khiếu.

*b. Cứu*

Đối với các bệnh mũi có hàn, có thể cứu Nghinh hương, Ân đường, Bách hội.

*c. Nhĩ châm:* Chọn các điểm mũi trong, má, phế, châm tả lưu kim 20 phút, cũng có thể gài kim loa tai.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh lý của mũi có quan hệ chặt chẽ với các tạng phủ sau:

A. Phế, Tỳ

B. Phế, Vị

C. Phế, Tâm bào

D. Phế, Đại trường

2. Y học cổ truyền chia thuốc uống điều trị các bệnh về mũi thành:

A. 8 nhóm

B. 6 nhóm

C. 7 nhóm

D. 5 nhóm

3. Bài thuốc có tác dụng phương hương thông khiếu điều trị bệnh mũi có tên là:

A. Thông xoang tán

B. Thương nhĩ tử tán

C. Thông khí tán

D. Thông nhĩ tán

4. Bệnh mũi do hỏa nhiệt tà mạnh ở bên trong gây nên điều trị thường dùng bài thuốc:

A. Ngân kiều tán gia giảm

B. Tang cúc ẩm gia giảm

C. Hoàng liên giải độc thang

 D. Ngũ vị tiêu độc ẩm

5. Vị thuốc thường dùng để chế thành thuốc nhỏ mũi là:

A. Ké đầu ngựa

A. Tế tân

B. Tân di

C. Kinh giới

6. Các bệnh cấp tính thực nhiệt ở mũi hay có quan hệ vớ các tạng phủ:

A. Phế, Đởm, Thận

B. Phế, Thận, Bàng Quang

C. Phế, Tỳ, Đởm

D. Phế, Thận, Tỳ

7. Các huyệt Nhĩ châm thường dùng để điều trị bệnh về mũi là:

A. Thận, Phế, Má

B. Thận, Phế, Trán

C. Phế, Má, Mũi trong

D. Phế, Má, Mũi

8. Triệu chứng mũi sưng đỏ cả trong và ngoài, nước mũi vàng đặc thường do nguyên nhân:

A. Thấp nhiệt ở tiểu trường

B. Thấp nhiệt ở thượng tiêu

C. Thấp nhiệt ở can đởm

D. Thấp nhiệt ở tỳ vị

9. Niêm mạc mũi bị hủy hoại, khô teo đét là do:

A. Phế âm hư

 B. Ẩm hư

C. Can thận hư

D. Phế tỳ hư

10. Bệnh cấp tính, mũi chảy máu đỏ tươi, lượng ít thường do:

A. Phong nhiệt

B. Can hỏa vượng

C. Phế tỳ nhiệt

D. Can dương thượng kháng

Bài 8: VIÊM MŨI CẤP TÍNH

**Mục tiêu học tập:**

1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh viêm mũi cấp theo YHCT.

2. Trình bày biện chứng luận trị các thể viêm mũi cấp tính.

Bệnh Viêm mũi cấp tính phát sinh quanh năm đặc biệt là mùa đông xuân. Bệnh diễn biến nhanh, nói chung sẽ khỏi sau vài ngày. Nguyên nhân gây bệnh có thể do phong hàn hoặc phong nhiệt. Đối với dạng viêm mũi do phong hàn gây nên cũng có nhiều sách ghi chép về bệnh này tại các phạm trù: thương phong, tỵ viêm.

***1. Chẩn đoán.***

Bệnh được biểu hiện chủ yếu bằng các triệu chứng: tắc mũi, chảy nước mũi, hắt hơi, sợ lạnh, sốt. Niêm mạc mũi phù nề, hồng nhạt hoặc đỏ. Bệnh phát cấp tính, diễn biến ngắn.

***2. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh.***

Bệnh này phát sinh do sự thay đổi của thời tiết, nóng lạnh thất thường, sinh hoạt, ăn ở không kiêng cữ, lao động quá độ. Nhũng điều này làm cho chính khí hư nhược, phế vệ sơ hở, phong hàn tà thừa cơ xâm phạm mà gây bệnh Phong là nguyên nhân gây bệnh thường gặp. Nó thường cùng với hàn tà hoặc nhiệt tà xâm phạm vào cơ thể và gây bệnh.

*a. Ngoại cảm phong hàn.*

Phế khai khiếu ra mũi bên ngoài hợp với bì phu. Nếu tấu lý thưa thớt, vệ khí không vững chắc, phong hàn tà thừa cơ xâm phạm vào da lông rồi tới phế, phế bị hàn tà làm trở ngại, chức năng thanh túc bị rối loạn, độc tà sẽ đi lên trên mũi để gây bệnh.

*b. Ngoại cảm phong nhiệt.*

Phế chủ hô hấp. Nếu phế vệ bất cố, phong nhiệt tà sẽ từ mũi, miệng xâm nhập vào phế. Cũng có khi do phong hàn uất hóa hỏa rồi xâm phạm vào phế.

*3. Biện chứng luận trị.*

*a. Thể ngoại cảm phong hàn.*

\* Triệu chứng:

Niêm mạc mũi sưng nề, hồng nhạt, tắc mũi không nặng lắm, hắt hơi nhiều, nước mũi chảy nhiều trong và loãng, nói giọng mũi, đau đầu, sợ lạnh, sốt, miệng nhạt, không khát, chất lưỡi nhạt rêu trắng mỏng, mạch phù khẩn.

\* Phân tích triệu chứng:

Phong hàn khi xâm phạm vào cơ thể sẽ làm cho phế khí không tuyên được, hàn sẽ uất lại ở khí đạo, tỵ khiếu không thông lợi, niêm mạc mũi sưng hồng nhạt, tắc mũi, nói giọng mũi. Hàn tà bó ngoài biểu, dương khí không thể tuyên được do đó hắt hơi nhiều lần. Hàn ngưng làm cho tân dịch ứ đọng không vận hành được nên chảy nước mũi. Sợ lạnh nhiều sốt ít, đau đầu, miệng không khát, mạch phù khẩn, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng đều là những triệu chứng của phong hàn bó ngoài biểu.

\* Điều trị:

Ma hoàng Xuyên khung Thăng ma Cam thảo

- Thuốc dùng ngoài:

+ Dùng Tân di hoa nghiền thành bột mịn thổi vào mũi.

- Châm cứu:

Đối với những người bệnh bị tắc mũi châm huyệt Ngh.nh hương, Ẩn đường. Đối với những người đau đầu chọn huyệt Hợp cốc, Thái dương, Phong trì. Châm kích thích mạnh, lưu kim 15 đến 20 phút. Với những người chảy nước mũi, tắc mũi nhiều chọn Nghinh hương, Thượng tinh, dùng phương pháp cứu.

b. Thể ngoại cảm phong nhiệt.

\* Triệu chứng:

Niêm mạc mũi sưng đỏ, tắc mũi lúc nhẹ lúc nặng, mũi ngạt, hơi thở nóng, hắt hơi, chảy nước mũi vàng, sốt, sợ gió, đau đầu, đau họng, ho, khó khạc Đờm, miệng khát, thích uống nước, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi hơi vàng, mạch phù sác.

\* Phân tích triệu chứng:

Phong nhiệt xâm phạm gây tắc trở ở tỵ khiếu, làm cho niêm mạc mũi sưng đỏ, mũi tắc, hơi thở nóng. Nhiệt tà xâm phạm vào phế, làm cho nó mất chức năng thanh túc gây ho, đờm khó khạc, họng đau, hắt hơi nhiều. Nhiệt hun đốt biểu gây sốt. Sợ gió, lưỡi đỏ, chất lưỡi hơi vàng, mạch phù sác là những biểu hiện của phong nhiệt ở biểu.

\* Điều trị:

- Nghỉ ngơi hợp lý, tăng cường dinh dưỡng, uống nhiều nước, ăn các thức ăn dễ tiêu.

- Khi mũi tắc không nên lạm dụng xì mũi, cần xì đúng phương pháp để phòng độc tà xâm nhập sâu hơn vào mũi.

- Điều trị tích cực, kịp thời đề phòng bệnh chuyển biến vào lý.

- Tăng cường rèn luyện thân thể.

- Mùa đông xuân là lúc dễ măc bệnh này, có thê dùng Khương đường đại táo thang để phòng bệnh (Sinh khương 9g, Đại táo 9g, Đường đỏ 72g), sắc uống ngày một thang.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Y học cổ truyền chia viêm mũi cấp thành mấy thể:

A. 3 thể C. 2 thể

B. 4 thể D. 1 thể

2. Viêm mũi cấp thể phong hàn có triệu chứng:

A. Ngạt mũi nhiều C. Không ngạt mũi

B. Ngạt mũi ít D. Ngạt mũi không nặng lắm

3. Pháp điều trị viêm mũi cấp thể phong hàn là:

A. Tân ôn thông khiếu, sơ phong

B. Tân ôn thông khiếu, sơ tán phong hàn

C. Tân lương thông khiếu, sơ tán phong hàn

D. Tân lương thông khiếu, sơ phong

4. Bài thuốc điều trị viêm mũi cấp tính thể phong hàn là:

A. Ôn phế chỉ lưu đan gia giam

B. Quế chi thang gia giảm

C. Thông khiếu thang gia giảm

 D. Thông khí thang gia giảm

5. Vị thuôc dùng đê tán bột thôi vào mũi đièu trị viêm mũi câp thê phong hàn là:

A. Tế tân C. Ké đầu ngựa

B. Tân di hoa D. Thạch xương bồ

7. Công thức huyệt điều trị viêm mũi cấp thể phong hàn là:

A. Nghinh hương, Ấn đường. Họp cốc, Thái dương, Phong trì

B. Nghinh hương, Án đường. Hợp cốc, Thái dương, Phong môn

C. Nghinh hương, Án đường, Họp cốc, Thái dương, Bách hội

D. Nghinh hương, Án đường, Họp cốc, Thượng tinh, Bách hội

Bài 9: VIÊM MŨI MẠN TÍNH

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh viêm mũi mạn tính theo YHCT.

2. Trình bày biện chứng luận trị các thể bệnh viêm mũi mạn tính.

Đây là bệnh hay gặp và thuộc về chứng tỵ chất của YHCT.

***1. Chẩn đoán:***

Tắc mũi lâu ngày, có thể có thời gian đỡ xen kẽ, hai bên mũi thay nhau tắc. Khi bệnh nặng có thế tắc mũi liên tục. Niêm mạc mũi sưng nề, cuốn mũi lồi lõm, khứu giác có the giảm.

***2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.***

*a. Phế tỳ khí hư, tà trệ tỵ khiếu.*

Phế khai khiếu ra mũi. Phế hòa thì mũi thông lợi, khứu giác nhạy bén. Nếu phế khí bất túc, vệ dương bất cố thì ngoại tà dễ xâm phạm, chức năng thanh túc dễ bị rối loạn khiến cho tà khí ứ đọng lại ở mũi. Cũng có thể vì lao động quá sức làm tổn thương tỳ vị. Tỳ vị hư nhược sẽ vận hóa không tốt, chức năng thăng thanh giáng trọc bị rối loạn. Hậu quả là thấp trọc ứ đọng tại mũi, làm tắc trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông gây nên tắc mũi.

*b. Tà khí lưu lâu, khí trệ huyết ứ.*

Đối với những người suy nhược, chính khí không thắng nổi tà khí, khi tà khí xâm phạm nó sẽ lưu lại lâu mà không trừ được, tắc ở mạch lạc, làm ứ trệ khí huyết rồi gây nên hiện tượng tắc mũi rất nghiêm trọng.

***3. Biện chứng luận trị***

Tắc mũi là triệu chứng nổi trội của bệnh này. Nói chung mũi tắc lúc nặng lúc nhẹ, niêm mạc mũi phù nề, nhạt màu thuộc vê phế tỳ khí hư, độc tà ứ đọng, mũi tắc liên tục không đỡ, niêm mạc mũi sưng đỏ thuộc về khí huyết ứ trệ.

*a. Thế phế tỳ khí hư, tà trệ tỵ khiếu.*

• Triệu chứng:

Mũi luân phiên nhau tắc hoặc lúc nhẹ lúc nặng, chảy nước mũi. Khi gặp lạnh

các triệu chứng nặng lên. Đầu đau nhẹ, căng khó chịu. Khám mũi thấy: niêm mạc mũi sưng, nhạt màu. Triệu chứng tắc mũi này còn đáp ứng tốt với Ephedryne.

Nếu phế khí hư có thể kèm theo các triệu chứng: ho, đờm loãng, khó thở, sắc mặt trắng nhợt, chất lưỡi hồng nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch hoãn hoặc phù vô lực. Nếu tỳ hư có thế thấy các triệu chứng: kém ăn, đại tiện phân nát, người mệt mỏi, chất lưỡi nhạt, rêu trắng hoặc hơi dày, mạch hoãn nhược. Cũng có những trường hợp chỉ có các triệu chứng tại chỗ còn các triệu chứng toàn thân không rõ ràng.

• Phân tích triệu chứng:

Phế tỳ khí hư, vệ khí bất cố, làm cho tà khí có thể ứ trệ lại ở mũi gây tắc mũi. Khi dương khí thịnh thì các triệu chứng nhẹ, âm khí thịnh thì các triệu

chứng nặng do đó các triệu chứng lúc nặng lúc nhẹ. Nếu thiên về hư hàn niêm mạc mũi sưng và nhạt màu, nước mũi trong và loãng vì phế tỳ khí hư. vệ dương bất cổ không thể chống đỡ được với hàn khí do đó khi gặp lạnh các triệu chứng nặng lên. Phế khí bất túc làm cho bệnh nhân khó thở. Phế không phân bố được tân dịch, tích lại rồi hóa đàm khiến cho phế khí nghịch gây ho. Khí hư cũng làm cho sắc mặt trắng nhợt, chất lưỡi hồng nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch hoãn hoặc phù vô lực. Tỳ hư vận hóa bất thường làm cho ăn uống không ngon, đại tiện lỏng nát. Tỳ khí hư nhược nên thân thể mệt mỏi, chất lưỡi nhạt, rêu lười trắng hoặc hơi dày, mạch nhu.

\* Điều trị:

- Thuốc uống trong:

+ Nếu phế khí hư là chính nên dùng pháp: bổ phế ích khí, khu phong tán hàn.

Bài thuốc: Ôn phế chỉ lưu đan gia giảm:

Tể tân Kinh giới Cam thảo Kha Tử

Cát cánh Ngũ vị tử Bạch truật Hoàng Kỳ

+ Nếu tỳ khí hư là chính nên dùng phép kiện tỳ trừ thấp.

Bài thuốc: Sâm linh bạch truật tán gia giảm.

Đẳng sâm Phục linh Bạch truật Hoài sơn

Biển đậu Liên tử Ý dĩ nhân Thạch xương bồ

Thương nhĩ tử Hoắc hương Cam thảo Sa nhân

Cát cánh

- Thuốc dùng ngoài:

+ Hay dùng các thuốc tân ôn thông khiếu, khu phong tán hàn (Tế tân, Xuyên khung, Tân di) tán thành bột mịn để thổi vào mũi ngày 2-3 lần.

+ Châm cứu:

Châm: Nghinh hương, Hợp cốc, Thượng tinh. Nếu đau đầu nhiều nên phối hợp với Phong trì, Thái dương, Ấn đường. Kích thích trung bình, lưu kim 15 phút mỗi ngày một lần.

Cứu: Huyệt Nhân trung, Nghinh hương, Phong phủ, Bách hội. Nếu phế khí hư nhiều gia Phế du, Thái khê. Nếu tỳ hư gia Tỳ du, Vị du, Họp cốc, túc tam lý. Cửu cho đến khi da vùng huyệt hồng lên là được. Cách ngày cứu một lần.

*b. Thể tà khí lưu lâu, khí trệ huyết ứ.*

\* Triệu chứng:

Cuốn mũi sưng, cứng, lồi lõm không bằng phẳng, mũi tắc không ngừng, chảy mũi liên tục, nước mũi màu vàng hoặc trắng dính, khứu giác giảm sút. nói giọng mũi, ho nhiều đờm, tai ù, chất lưỡi đỏ hoặc có điểm ứ huyết, mạch huyền tế.

\* Phân tích triệu chứng:

Nhiệt độc lâu ngày không giải cứu được, ứ đọng ở mũi, khiến cho khí huyết ở đây bị ứ trệ, làm cho cuốn mũi sưng, cứng, đỏ. Thấp trọc đình lưu ở mũi còn xâm phạm sang phế do đó ngoài việc chảy nước mũi còn gây ho, đờm nhiều. Trọc tà che lấp thanh khiếu làm cho tai không nghe thính.

\* Điều trị:

- Thuốc uống:

Pháp-điều trị: Điều hòa khí huyết, hành trệ hóa ứ.

Bài thuốc: Đương quy thược dược thang gia giảm.

Đương quy Bạch truật Phục linh Xích thược

Xuyên khung uất kim Khương hoàng Tân di

Thương nhĩ tử Trạch tả Bạch chỉ

- Điều trị ngoài và châm cứu tham khảo thể phế tỳ khí hư, độc tà ứ trệ.

***4. Chăm sóc và dự phòng.***

- Rèn luyện thân thể, tăng cường thể chất, tránh bị cảm, nhiễm lạnh, tích cực điều trị các bệnh mũi từ khi mới mắc.

- Kiêng rượu, chú ý ăn uống vệ sinh, ở sạch sẽ, tránh các nơi có nhiều bụi.

- Tránh lạm dụng các thuốc vận mạch để nhỏ mũi, tránh xì mùi qúa mạnh, xì sai cách sẽ đẩy dịch tiết vào trong tai.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh của viêm mũi mạn tính là:

A. Tỵ cửu C. Tỵ thống

B. Tỵ chất D. Tỵ tý

2. Theo Y học cổ truyền triệu chứng cơ năng chính của bệnh viêm mũi mạn tính

là:

A. Ngửi kém C. Ngạt mũi

B. Nhức đầu D. Chảy nước mũi

3. Viêm mũi mạn tính liên quan đến tạng phủ:

A. Tỳ thận c. Tỳ phế

B. Tỳ tâm D. Tỳ vị

4. Viêm mũi mạn tính thể phế tỳ khí hư, độc tà ứ trệ có triệu chứng:

A. Mũi luân phiên nhau tắc, chảy nước mũi

B. Mũi tắc liên tục, chảy nước mũi vàng

C. Mũi tắc liên tục, chảy nước mũi

D. Mũi tac liên tục, chảy nước mũi trong

5. Pháp điều trị viêm mũi mạn tính thể phế tỳ khí hư trong đó phế khí hư là chính là:

A. Ôn bổ phế khí, khu phong tán hàn

B. Ôn phế bổ tỳ, khu phong tán hàn

C. Bổ phế, khu phong tán hàn

D. Bổ phe ích khí, khu phong tán hàn

6. Bài thuốc điều trị viêm mũi mạn tính thể phể tỳ khí hư, độc tà ứ trệ trong đó phế khí hư nhiều là:

A. Quy tỳ thang gia giảm

B. Ôn phế chỉ lưu đan gia giảm

C. Tứ quân thang gia giảm

D. Ôn phế thang gia giảm

7. Trong bệnh viêm mũi mạn tính thể phế tỳ khí hư, độc tà ứ trệ do phế không phân bố được tân dịch, tích lại rồi hóa đàm khiến cho phế khí nghi ch gây:

A. Ho ,

B. Ngạt mũi

C. Khó thở

D. Chảy mũi

Bài 10: VIÊM MŨI DỊ ỨNG

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, cách phân loại và hướng điều trị bệnh viêm mũi dị ứng theo YHHĐ.

2. Trình bày được chẩn đoán và điều trị bệnh Viêm mũi dị ứng theo YHCT.

**I. Viêm mũi dị ứng theo Y học hiện đại**

***1. Đại cương:***

Bệnh viêm mũi dị ứng đang có xu hướng ngày càng tăng lên ở các nước đang phát triển, chiếm tỷ lệ 6 - 15%. Với dân số 84 triệu dân - chúng ta có khoảng 10 triệu người mắc bệnh viêm mũi dị ứng.

Bệnh viêm mũi dị ứng liên quan chặt chẽ với viêm tai giữa, viêm xoang, bệnh nhiễm khuẩn đường thở, có ảnh hưởng đặc biệt tới bệnh hen.

Viêm mũi dị ứng là biểu hiện tại chỗ ở mũi của bệnh dị ứng toàn thân do niêm mạc mũi trở nên quá nhạy cảm với các tác nhân gây bệnh (dị nguyên). Khi niêm mạc mũi tiếp xúc với dị nguyên thì gây nên phản ứng quá mẫn mà biểu hiện tại chỗ ở niêm mạc hốc mũi. Triệu chứng dị ứng tái diễn không có quy luật, chỉ cần tiếp xúc với dị nguyên là bệnh xuất hiện. Bệnh viêm mũi dị ứng tuy không nguy hiểm tới tính mạng nhưng đã làm giảm chất lượng cuộc sống, năng suất lao động và chi phí để khám chữa bệnh ngày càng tăng.

***2. Nguyên nhân***

Do mũi và xoang thông với nhau và được bao phủ bởi cùng một loại niêm mạc, cho nên thường dùng thuật ngữ viêm mũi - xoang dị ứng. Nó thuộc về phản ứng quá mẫn cảm, nguyên nhân gây bệnh phức tạp thường có liên quan tới các yếu tố sau:

*a. Cơ địa nhạy cảm:* gia đình có bố hoặc mẹ bị dị ứng hoặc trong phả hệ có người bị dị ứng. Theo điều tra cho thấy, nếu mẹ có bệnh dị ứng thì tỷ lệ mắc bệnh này ở con cái họ tới 65%, do đó có thể thấy yếu tố di truyền có liên quan mật thiết với việc phát sinh viêm mũi dị ứng.

*b. Do tiếp xúc với dị nguyên:*

Dị nguyên thâm nhập qua đường hô hấp như hít phải bụi nhà (trong bụi nhà có những con bọ nhà nhỏ li ti là thủ phạm gây nên dị ứng), lông mèo (có dính protein trong nước dãi mèo gây dị ứng), phấn hoa, lông vũ, nấm mốc, thức ăn, thuốc, côn trùng, khói thuốc lá, ozone, axit nitric, sulfur dioxit, dầu diesel... hoặc tiếp xúc với sơn, hóa chất, mỹ phẩm hoặc dị nguyên xâm nhập qua đường tiêu hóa như ăn tôm, cua, sữa, trứng gà, thuốc aspirin gây nên dị ứng.

*c. Yếu tố nhiễm trùng:*

Cơ thể dị ứng với độc tố của vi khuẩn ở những ổ viêm nhiễm mạn tính nhiễm trùng ở mũi họng, miệng, sâu răng, viêm lợi...

*d. Yếu tố môi trường, khí hậu:*

Thay đổi thời tiết đột ngột, môi trường ô nhiễm kích thích niêm mạc mũi tạo điều kiện cho viêm mũi dị ứng thể hiện.

*e. Yếu tố dị hình về cấu trúc giải phẫu*: như vẹo, gai vách ngăn trở thành gai kích thích làm bệnh phát triển.

***3. Phân loại viêm mũi dị ứng:*** theo phân loại cổ điển, viêm mũi dị ứng được chia làm hai loại: viêm mũi dị ứng quanh năm và viêm mũi dị ứng mùa.

*a. Viêm mũi dị ứng mùa:*

Thường mắc bệnh vào mùa xuân và mùa hè với thời gian dài, ngắn khác nhau (căn cứ vào triệu chứng). Gần như thành quy luật, các bệnh này xuất hiện bệnh vào cùng thời điểm trong các năm tiếp theo. Các dị nguyên gây bệnh đa số là phấn hoa và cây cỏ hoặc nấm xuất hiện theo mùa thâm nhập qua đườmg không khí.

Triệu chứng: Thường bắt đầu bằng giai đoạn khởi phát từ 5 - 15 ngày, bệnh nhận bị ngứa ở khoang mũi, ờ sống mũi, cảm thấy khô ở niêm mạc họng, thanh quản, khóe mắt, thỉnh thoảng ở ống tai ngoài. Sau giai đoạn khởi phát, xuất hiện hiện tượng hắt hơi từng tràng, khó thở vì cuốn mũi sưng nề và chảy nước mắt, mắt tay đỏ, nhạy cảm với ánh sáng, 30% số bệnh nhân bị viêm phế quản, sức khỏe chung bị rối loạn nhẹ, thỉnh thoảng bị ớn lạnh nhưng không bị sốt. Bệnh trở nên trầm trọng do thanh quản bị phù nề, ít khi bị sốc phản vệ. Ngoài cơn, tất cả lại trở lại bình thường, không cần dùng thuốc bệnh cũng hết.

*b. Viêm mũi dị ứng quanh năm:*

Đa số dị nguyên là dị nguyên đường khí, một số thâm nhập vào bệnh nhân theo đường tiêu hóa (bắt nguồn từ thực phẩm và lương thực, đặc biệt là nấm, thuốc tân dược). Nếu qua cơn dị ứng, bệnh nhân hắt hơi ít hơn. sổ mũi ít hơn nhưng lại ngạt mũi thường xuyên. Niêm mạc mũi dần dần biến đổi màu hồng thành tái nhợt, phù nề, cuối cùng thoái hóa thành polype.

Theo phân loại của AR1A, viêm mũi dị ứng được phân loại dựa vào các thông số về triệu chứng và chất lượng cuộc sống, khoảng thời gian bệnh tồn tại và chia thành hai loại: viêm mũi dị ứng dai dẳng và viêm mũi dị ứng gián đoạn.

Bệnh viêm mũi dị ứng thường gây nên nhiễm khuẩn đường hô hấp như viêm phế quản, viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, đặc biệt là bệnh hen... Các bệnh này làm nặng thêm triệu chứng của viêm mũi dị ứng. do đó việc sử dụng kháng sinh có một ý nghĩa đặc biệt. Khi điều trị nội khoa không có kết quả, cần có sự can thiệp về phẫu thuật.

***4. Triệu chứng của viêm mũi dị ứng.***

Viêm mũi dị ứng khởi bệnh đột ngột, bệnh nhân bị ngứa ở mũi, cổ, mắt, da ống tai ngoài, tiếp theo là cơn hắt hơi liên tục, kèm theo ngạt mũi và chảy dịch trong. Ở trẻ em có khi không có hắt hơi, mà chỉ có ngạt mũi và chảy nước mũi trong, thường kèm theo các triệu chứng về tiêu hóa như chướng bụng, tiêu chảy. Ở người cao tuổi có thể chỉ chảy nước mũi trong. Cơn dị ứng đến đột ngột và mất đi rất nhanh.

- Toàn thân: không có gì đặc biệt.

- Cơ năng: thường có các triệu chứng: ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi, ngạt mũi.

- Thực thể: khám niêm mạc mũi nhợt nhạt, cuốn mũi phù nề.

***5. Chẩn đoán viêm mũi dị ứng:***

*a. Chẩn đoán xác định bệnh viêm mũi dị ứng.*

- Xác định được chất gây dị ứng là các nguyên nhân gây bệnh.

- Chứng minh được cơ chế miễn dịch của bệnh viêm mũi dị ứng. viêm mũi dị ứng là một bệnh lý do rối loạn tổng hợp IgE.

- Bệnh sử dị ứng, Skin-test, định lượng IgE toàn phần, IgE đặc hiệu, CT.scan hoặc x.quang.

- Lâm sàng: có 3 triệu chứng ngứa mũi, hắt hơi và chảy mũi.

- Khám: niêm mạc nhợt nhạt, cuốn mũi phù nề.

- Tiền sử: có người nhà bị dị ứng - bệnh nhân có bố hoặc mẹ bị dị ứng.

- Phản ứng da dương tính với các dị nguyên.

- Xét nghiệm: tăng bạch cầu ái toan và lượng IgE tăng cao trong máu.

- Ngoại vi: muốn xác định dị nguyên có thể khẳng định qua test dị ứng da, thử nghiệm qua hóc mũi; định lượng IgE toàn phần và IgE đặc hiệu.

*b. Chẩn đoán thế lâm sàng*

- Theo phân loại cổ điển viêm mũi dị ứng được chia thành hai loại: viêm mũi dị ứng quanh năm và viêm mũi theo mùa.

- Theo phân loại của ARIA viêm mũi dị ứng được phân loại dựa vào các thông số triệu chứng và chất lượng cuộc sống, khoảng thời gian bệnh tồn tại. ARIA chia viêm mũi dị ứng thành hai loại:

+ Viêm mũi dị ứng gián đoạn: thời gian mắc bệnh < 4 ngày/tuần à kéo dài < 4 tuần.

+ Viêm mũi dị ứng dai dẳng: thời gian mắc bệnh > 4 ngày/tuần à kéo dài > 4 tuần.

***6. Hướng xử trí***

*a. Thanh toán căn nguyên gây bệnh.*

Tránh tiếp xúc với dị nguyên, loại trừ nguồn gây bệnh mà ta xác định được. Tuy nhiên, biện pháp này khó thực hiện vì không dễ dàng chuyển đổi công việc mà người bệnh đang theo đuổi.

*b. Điều trị triệu chứng:* là dùng thuốc để giảm các triệu chứng dị ứng.

- Kháng Histamine uống: tranh chấp với histamin ở thụ thể HI có tác dụng giảm sự giãn mạch và giảm sự kích thích của các nhánh thần kinh cảm giác ở mũi, tốt nhất nên uống trước khi tiếp xúc với kháng nguyên.

- Thuốc co mạch phun vào mũi: thường dùng Naphazoline nitrate (rhinex). Xylometazoline HCI (Coldi) không được dùng quá 7-10 ngày.

- Steroide phun trong mũi:

+ Là loại thuốc có hiệu quả nhất trong điều trị viêm mũi dị ứng.

+ Tác dụng nhanh lên các triệu chứng so với thuốc uống.

+ Giảm tất cả các triệu chứng: ngứa mũi, chảy mũi, ngạt mũi, hắt hơi.

+ Sử dụng lâu dài còn có tác dụng phòng bệnh.

- Kháng sinh: giảm hiện tượng viêm do bệnh viêm mũi dị ứng thường gây nên nhiễm khuẩn đường hô hấp như viêm phế quản, viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, đặc biệt là bệnh hen. Việc sử dụng kháng sinh có một ý nghĩa đặc biệt. Khi điều trị nội khoa không có kết quả cần có sự can thiệp về phẫu thuật.

- Phẫu thuật: có tác dụng giảm các gai kích thích tại chỗ như mổ vách ngăn, polype, nội soi chức năng mũi xoang...

*c. Miễn dịch liệu pháp:* bằng phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu là dùng dị nguyên đưa dần vào cơ thể với liều tăng dần để cơ thể có thể thích ứng với dị nguyên đó.

Miễn dịch liệu pháp đòi hỏi phải chẩn đoán chính xác dị nguyên đặc hiệu. Thời gian: 5 năm.

***7. Đề phòng và tư vấn bệnh viêm mũi dị ứng.***

*a. Viêm mũi dị ứng mức độ nhẹ:*

Tương ứng với viêm mũi dị ứng gián đoạn: thời gian mắc bệnh < 4 ngày/tuần và kéo dài < 4 tuần. Có thể điều trị nội khoa tại các phòng mạch hoặc tại các trạm xá, do đó bệnh nhân cần đến thầy thuốc chuyên khoa tai - mũi - họng để được tư vấn.

*b. Viêm mũi dị ứng mức độ nặng:*

Tương ứng với viêm mũi dị ứng dai dẳng, cần đến thầy thuốc chuyên khoa tai mũi họng tại các bệnh viện để được khám bệnh một cách hệ thống như khám tai mũi họng, thử test dị nguyên, xét nghiệm máu... để nhận được một phương pháp điều trị phù hợp

*c. Đề phòng bệnh viêm mũi dị ứng.*

Tránh các yếu tố nguy cơ: tiếp xúc với dị nguyên như bụi nhà, khói, thuốc lá, lông mèo, lông chó, ô nhiễm môi trường và nên tránh chất kích thích và giảm sử dụng thuốc Aspirin. Cải thiện môi trường sống, gia tăng kiểm soát bệnh viêm mũi dị ứng.

Cẩn thận khi thay đổi thời tiết, điều tiết độ ẩm, ấm, đề phòng viêm đường hô hấp, chú ý giữ vệ sinh mũi, thường xuyên dùng nước ấm hoặc nước muối sinh lý để rửa mũi, không dùng tay ngoáy mũi để tránh tổn thương niêm mạc mũi, ăn uống tránh đồ sống, lạnh, tanh. Tránh uống rượu, tránh hít khói thuốc lá. Kiên trì rèn luyện thân thể để nâng cao sức đề kháng cơ thể. Điều trị triệt để các ô nhiễm trùng ở mũi xoang và vùng răng miệng. Lấy bỏ gai kích thích, nếu không điều trị bệnh nhân dễ bị hen phế quản. Giáo dục, tuyên truyền cho bệnh nhân hiểu biết về bệnh dị ứng. chủ động hơn trong việc quản lý bệnh viêm mũi dị ứng của mình, tránh các yếu tố nguy cơ, biết được các triệu chứng nặng của bệnh và biết khi nào cần nhập viện.

**II. Viêm mũi dị ứng theo Y học cổ truyền**

Viêm mũi dị ứng YHCT gọi là “Tỵ cửu” do vệ khí, phế khí hư không khống chế được phong hàn xâm nhập.

1. ***Triệu chứng:*** Ngứa mũi hai bên, hắt hơi thành từng tràng liên tục 5 - 10 cái, không kiềm chế được. Có khi hắt hơi nhiều gây váng đầu. Chảy nước mũi là triệu quan trọng. Sau cơn ngứa mũi hắt hơi, chảy nước mũi trong loãng như nước lã, có khi thành giọt, tăng khi thay đổi thời tiết vào sáng sớm hoặc buổi tối.

Toàn thân sợ lạnh, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, có thể mệt mỏi, đoản hơi.

***2.Phương pháp chữa:*** Bổ khí có biểu, khu phong tán hàn.

1. *Bài thuốc:* Bài 1

Bạch truật 12g Quế chi 8g

Cam thảo 4g Gừng 4g

Hoài sơn 16g Tang bạch bì 10g

Xuyên khung 16g Kế đầu ngựa 16g

Bạch chỉ 4g Tế tân 6g

Bài 2: Ngọc bình phong tán hợp Quế chi thang gia giảm

Hoàng kỳ 16g Phòng phong 6g

Bạch truật 8g Quế chi 8g

Bạch thược 12g Gừng 2g

Đại táo 8g

Nếu bệnh mới mắc, chảy nước mũi nhiều thêm Ma hoàng 4g, Tế tân 8g.

Nếu mệt mõi đoản hơi thêm Đẳng sâm 16g, Kha tử 6g.

Bài 3: Tiểu thanh long thang gia giảm

Ma hoàng 6g Quế chi 6g

Bạch thược 12g Gừng khô 4g

Cam thảo 4g Tế tân 4g

Bán hạ chế 8g Ngũ vị tử 4g

Đẳng sâm 16g Hoàng Kỳ 12g

Khương hoạt 8g Kế đầu ngựa 12g

*b.Châm cứu:* Cứu phế du, Cao hoang. Châm nghinh hương, Hợp cốc, Túc tam lý. Nhĩ châm: Vùng mũi, trán, tuyến nội tết.

**CÂU HỞI TỰ LƯỢNG GIÁ:** Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh bệnh viêm mũi dị ứng là:

A. Tỵ uyên C. Tỵ chất

B. Tỵ cửu D. Tỵ nhãn

2. Nguyên nhân gây bệnh viêm mũi dị ứng là:

A. Phong nhiệt C. Phong hàn

B. Phong thấp nhiệt D. Phong hàn thấp

3. Bệnh viêm mũi dị ứng có biểu hiện:

A. Thực chứng C. Hư thực thác tạp

B. Hư chứng D. Nhiệt chứng

4. Pháp điều trị bệnh viêm mũi dị ứng là:

A. Khu phong tán hàn, bổ khí phong. C. Bổ khí trừ hàn, khu

B. Bổ phế khí sơ phong tán hàn D. Bổ khí cố biểu, khu phong tán hàn

5. Bài thuốc điều trị viêm mũi dị ứng là:

A. Quế chi họp tứ quân thang gia giảm

B. Ma hoàng hợp tứ vật thang gia giảm

C. Ngọc bình phong tán họp quế chi thang gia giảm

D. Quế chi họp tứ vật thang gia giảm

Bài 11: VIÊM XOANG

**Mục tiêu:**

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh viêm xoang cấp tính theo YHCT.

2.Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh viêm xoang mạn tính theo YHCT.

Theo Y học cổ truyền nguyên nhân viêm xoang do cơ địa dị ứng nhiễm khuẩn (huyết nhiệt), do dị ứng với lạnh (phế khí hư, khí hư) gặp phải các tác nhân phong hàn, phong nhiệt, nhiệt độc gây bệnh.

Viêm xoang được chia thành hai loại: Viêm xoang dị ứng, viêm xoang nhiễm khuẩn. Viêm xoang dị ứng thường do phong hàn kết hợp phế hư và vệ khí hư, triệu chứng và điều trị giống như viêm mũi dị ứng. Viêm xoang nhiễm khuẩn nguyên nhân do phong nhiệt, nhiệt độc gây ra có hai thể cấp và mạn tính. Bài này chỉ nghiên cứu viêm xoang nhiễm khuẩn.

**1. Thể cấp tính**

*a. Triệu chứng:* Bệnh mới mắc thì ngạt mũi, chảy nước mũi vàng, có mủ. Vùng xoang hàm, xoang trán đau. Viêm hốc mũi, sợ lạnh, sốt, nhức đầu.

*b. Phương pháp chữa:* Thanh phế tiết nhiệt giải độc là chính. Nếu có sợ lạnh, sốt, nhức đầu thêm thuốc phát tán phong nhiệt.

Bài thuốc:

Bài 1:

Kim ngân hoa 16g Ké đầu ngựa 16g

Chi tử 8g Mạch môn 12g

Hy thiêm thảo 16g Dấp cá 16g

Bài 2: Tân di thanh phế ẩm gia giảm

Tân di 12g Hoàng cẩm 12g

Sơn chi 12g Thạch cao 40g

Tri mẫu 12g Kim ngân hoa 16g

Mạch môn 12g Ngư tinh thảo 20g

Bệnh nhân sợ lạnh, sốt, nhức đầu bỏ Hoàng cầm, Mạch môn thêm Ngưu bàng tử 12g, Bạc hà 12g.

***2. Thể mạn tính***

*a. Triệu chứng:* Bệnh kéo dài, vùng xoang hàm và xoang trán ân đau. Thường xuyên chảy nước mũi, có mủ, mùi hôi, khứu giác giảm, nhức đầu

*b. Phương pháp chữa:* Dưỡng âm nhuận táo, thanh nhiệt giải độc

Bài thuốc:

Sinh địa 16g Huyền sâm 12g

Đan bì 12g Mạch môm 12g

Kim ngân 16g Ké đầu ngựa 16g

Tân di 8g Hoàng cầm 12g

\* Châm cứu: Chọn huyệt tại chỗ nơi xoang đau Đầu duy, Thái dương, ấn đường, Thừa khấp, Quyền liêu. Viêm xoang nhiễm trùng thêm huyệt Hợp cốc, Khúc trì, Nội đình. Viêm xoang dị ứng thêm huyệt Túc tam lý.

**CÂU HỎI TỰ LƯƠNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Pháp điều trị viêm xoang nhiễm khuẩn cấp tính là:

A. Thanh phế giải độc, phát tán phong nhiệt

B. Phát tán phong nhiệt, giải độc

C. Thanh phế tiết nhiệt, phát tán phong nhiệt

D. Thanh phế tiết nhiệt giải độc, phát tán phong nhiệt

2. Bài thuốc điều trị viêm xoang nhiễm khuẩn cấp tính là:

A. Ngân kiều tán gia giảm

B. Tân di thanh phế ẩm gia giảm

C. Tang cúc ẩm gia giảm

D. Ma hạnh thạch cam thang gia giảm

3. Nguyên nhân gây viêm xoang nhiễm khuẩn là:

A. Nhiệt độc

B. Thử thấp

C. Phong thấp nhiệt

D. Thấp nhiệt

4. Triệu chứng của viêm xoang nhiễm khuẩn cấp tính theo y học cổ truyền là:

A. Ngứa mũi, chảy mũi.

B. Ngạt mũi, chảy mũi màu vàng

C. Ngạt mũi, chảy mũi trong

D. Ngửi kém, ngạt mũi

5. Công thức huyệt điều trị viêm xoang nhiễm khuẩn là: Đầu duy, Thái dương, Ấn đường, Thừa khấp, Quyền liêu, Hợp cốc, Khúc trì và:

A. Nội quan C. Nội đình

B. Thái xung D. Ngoại quan

6. Bài thuốc Tân di thanh phế ẩm gia giảm điều trị viêm xoang nhiễm khuẩn cấp gồm các vị: Tân di, Tri mẫu, Sơn chi, Hoàng cầm, Thạch cao, Kim ngân, Diếp cá và:

A. Sa sâm C. Hoàng liên

B. Mạch môn D. Chi tử

Bài 12: ĐẠI CƯƠNG BỆNH HẦU HỌNG

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được mối quan hệ giữa hầu họng và các tạng phủ.

2. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế gây bệnh ở hầu họng.

3. Nắm được cách biện chứng một số chứng ở hầu họng.

Hầu họng là cơ quan có liên quan tới chức năng ăn uống, hô hấp và phát âm phía trên thông với miệng, phía dưới thông với phế vị. Đây cũng là nơi có nhiều kinh mạch đi qua.

**I. Quan hệ giữa hầu họng và các tạng phủ**

Hầu họng là nơi có nhiều kinh mạch đi qua và gặp nhau, là cửa ngõ của đường hô hấp và tiêu hoá. Nó có mối quan hệ chặt chẽ với các tạng phủ, đặc biệt là phế, tỳ, vị, thận, can.

***1. Phế***

Hầu thuộc về phế hệ, thông với phế và là con đường quan trọng để khí ra vào cơ thể. Nếu phế có nhiệt hoặc phế khí hư, chức năng không điều hòa có thể gây bệnh ở hầu họng và ngược lại chức năng của hầu họng bị cản trở thì cũng ảnh hưởng tới phế.

***2. Vị***

Họng thông với vị và là đường đi vào của thủy cốc. Nếu vị khí tốt thì chức năng của họng bình thường. Nếu ăn nhiều đồ sào nướng vị phủ sẽ tích nhiệt và gây bệnh ở hầu họng: Họng sưng đỏ, đau. Trên lâm sàng cũng thường thấy các bệnh có tính nhiệt ở hầu họng phần nhiều thuộc về chứng vị phủ nhiệt thịnh.

***3. Tỳ***

Tỳ và vị có quan hệ biểu lý, kinh túc thái âm tỳ vào vị và đi lên hầu họng, về sinh lý cũng như bệnh lý tỳ vị có nhiều mối quan hệ với nhau. Do đó nhiều bệnh lý của tỳ vị có thể phản ánh ra hầu họng.

***4. Thận***

Là tạng tàng tinh, kinh của thận đi vào phế và đi qua hầu họng nên thận và hầu họng có quan hệ với nhau. Hoạt động bình thường của họng là nhờ vào sự nuôi dưỡng của thận tinh. Thận tinh kém thì hầu họng không được nhu dưỡng mất kiện vận, nếu âm hư, hư hoả sẽ thượng viêm gây bệnh ở hầu họng. Nếu thận dương hư, hư dương bốc lên trên cũng gây bệnh cho hầu họng.

***5. Can***

Kinh can đi qua hầu họng, can khí đi lên trên đến hầu họng. Nếu can khí bị uất kết, sơ tiết thăng giáng bất thường sẽ ảnh hưởng tới chức năng của hầu họng. Can khí uất hóa hỏa có thể làm cho khí huyết ở hầu họng ứ trệ mà gây bệnh.

**II. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh**

Bệnh ở hầu họng phát sinh phần nhiều liên quan đến sự rối loạn chức năng sinh lý của phế, tỳ, vị, can, thận. Nguyên nhân gây bệnh bên ngoài thường do phong, hàn thấp, nhiệt. Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có bệnh cảnh khác nhau nhưng nói chung bệnh lý ở hầu họng thường có biểu hiện nhiệt.

***1.Độc tà***

Bệnh từ ngoài vào, hay gặp nhất là phong nhiệt. Phong nhiệt phạm vào hầu họng, tấn công phe làm phế không thanh túc được. Nhiệt tà theo kinh lên chưng đốt hầu họng làm tắc trở kinh lạc gây sưng đỏ ở hầu họng, khàn tiếng. Triệu chứng toàn thân sốt, sợ lạnh, đau đầu, ho, mạch phù sác là những triệu chứng phong nhiệt còn ở biểu.

***2. Tỳ vị nhiệt thịnh***

Họng thuộc hệ thống của vị. Nhiệt tà ủng thịnh từ biểu xâm lấn vào lý rồi từ phế tràn vào vị. Phể vị nhiệt thịnh thượng viêm lên hầu. Cũng có khi vì ăn nhiều đồ cay nóng, chiên sào nướng khiên cho nhiệt tích lại ở tỳ vị. Hoả nhiệt ở tỳ theo kinh đi lên thiêu đốt hầu họng mà gây bệnh. Hoả nhiệt làm khí trệ huyết ứ, tân dịch bị đặc lại thành đờm và gây nên các triệu chứng: họng sưng, đo, đau, sốt cao, đầu căng đau, bụng đầy chướng, người gầy, đại tiện táo, mạch hồng sác, chất lưỡị đỏ, rêu vàng bẩn.

***3. Phế hư tổn***

Bệnh nhân bẩm tố hư tổn lại có bệnh lâu ngày hoặc lao động nặng hoặc ăn nhiều đồ cay nóng làm phế âm hư tổn hoặc phế khí bị tiêu hao. Nếu phế âm bị tổn thương tân dịch sẽ thiếu không thể thanh nhuận, túc giáng được dẫn đến hư hỏa nội sinh bốc lên hầu họng gây hội chứng âm hư phế táo: họng hơi đỏ, hơi đau, khô họng, ngứa họng, ho khan, tiếng nói không có sức, giọng khàn. Nếu phế khí bị hư tổn, chức năng khí hoá không tốt, tinh khí không phân bố tới hầu họng được tạo điều kiện cho ngoại tà xâm nhập vào gây bệnh với biếu hiện: họng hơi đỏ, có cảm giác vướng trong họng, khàn tiếng, khí đoản, ngại nói, tự hãn, mệt mỏi.

***4. Thận âm hư tổn***

Do bệnh lâu ngày hoặc lao động nặng nhọc, rượu chè, tình dục quá độ làm thận bị hao tổn, hầu họng không được nhu dưỡng dần tới tà khí dễ xàm lấn và đình lưu. Cũng có khi vì âm hư hoả vượng, hư hỏa thượng viêm thiêu đốt hầu họng mà gây bệnh: họng hơi đỏ, hơi đau, hơi sưng, có cảm giác vướng trong họng, khàn tiếng, hoa mắt, ù tai, đạo hãn.

***5. Can khí uất kết***

Tình chí không được thư thái sẽ làm tổn thương can dẫn tới chức năng sơ tiết bị rối loạn, can khí uất kết làm cho khí trệ đàm ngưng và đọng lại ở hầu họng gây cảm giác có dị vật tại hầu họng. Nếu khí uất hóa hỏa, hỏa bốc lên hầu họng gây các triệu chứng họng loét đỏ, đau, miệng khô. Nếu uất lâu ngày làm khí huyết ngưng kết tắc trở kinh lạc có thể phát sinh khối u.

**III. Các triệu chứng hay gặp ở hầu họng**

***1. Sưng đỏ đau ở hầu họng***

Bệnh mới phát, hầu họng sưng đỏ, đau, thường do phong nhiệt xâm phạm vào phần biểu. Nếu họng đỏ ít, đau ít, không sưng là do phong hàn. Hầu họng sưng đau nhiều, đỏ, bệnh phát nhanh do nhiệt độc ở phế vị thịnh, hoả nhiệt thiêu đốt hầu họng. Sưng họng, họng hơi đỏ, đau dữ dội, sau 5 ngày không đỡ là do nhiệt độc hưng thịnh, có thể hóa mủ rồi hình thành chứng ung Bệnh kéo dài, họng hơi đỏ, hơi sưng là hư chứng. Nếu họng phù nề, sắc nhạt, đau ít là thuộc chứng đàm thấp ngưng trệ.

Sưng và đau có mối quan hệ nhất định. Nói chung phong nhiệt biểu chứng thì họng sưng đỏ và đau nhiều, nhiệt ở lý mạnh thì sưng đỏ đau càng dữ dội, hư chứng thì sưng và đau nhẹ có khi không sưng mà chỉ có cảm giác vướng ở họng.

***2. vết loét***

Bệnh mới mắc, vết loét nông phân tán, xung quanh vết loét đỏ phần nhiều là nhiệt còn nhẹ. Nếu bệnh mới phát, vết loét đã tụ thành đám. có khi loét sâu xuống, xung quanh vết loét đỏ là do hỏa độc thịnh làm thiêu đốt cơ mạc hầu họng, vết loét nông, phân tán, hay tái phát, xung quanh vết loét hồng nhạt là do hư hỏa gây nên. vết loét sâu thành từng đám, kéo dài không khỏi là do khí huyết bất túc, thận âm hư tổn, độc tà nội hãm. vết loét trên có phủ một lóp màng màu trắng nêu khó bong, khi bong chảy máu rôi lại tái phát là bệnh nặng, nêu dê bong là bệnh nhẹ.

***3. Dịch đờm***

Đờm vàng và đặc là thuộc về thực nhiệt. Đờm vàng đặc, số lượng nhiều là do thấp nhiệt. Đờm nhiều, trong, loãng là hư chứng. Đờm trong, loãng, tanh, vết loét lâu liền là tỳ vị hư tổn, độc tà nội hãm. Đờm nhiều, loãng trong, chảy không ngừng, vết loét khó liền là do tỳ hư thấp trọc.

***4. Âm thanh***

Bệnh mới phát, tiếng khàn là do thực chứng. Khàn tiếng tăng từ từ là do trong cổ có dị vật, polyp. Bệnh mới phát, tiếng đã khàn kèm họng đỏ và đau là thuộc chứng phong nhiệt, nếu ít đỏ hoặc không đỏ là do phong hàn. Nếu tiếng nói khàn lâu ngày, họng khô thích uống nước là do phế thận âm hư, âm tinh hư tổn. Nếu tiếng nói trầm, nhỏ, khí đoản là do phế tỳ khí hư. Nếu tiếng nói nhỏ, khó thoát, ho sâu là do đàm nhiệt làm tắc trở khí đạo.

***5. Khí vị***

Bệnh mới mắc, hơi thở hôi, đờm mùi hôi là do hỏa độc, thuộc thực nhiệt, do hoả nhiệt của phế vị chưng đốt. Nếu bệnh ở hầu họng mà hơi thở không hôi thường thuộc về hư hàn. Nếu mắc bệnh lâu ngày, hơi thở hôi phần lớn là phế thận bị tổn thương, độc tà làm thối cơ mạc, có thể nghĩ tới khối u ác tính bị hoại tử.

*6. Cảm giác ngứa rát họng, tắc họng*

Ngứa họng kèm nóng họng, niêm mạc họng đỏ là do phong nhiệt thực chứng. Họng chỉ ngứa, không rát là do phong. Họng rát, khô do âm hư hỏa vượng. Họng có cảm giác bị tắc nhưng vẫn nuốt được bình thường, không sưng, đỏ đau phần nhiều là do can khí uất kết. Nếu trong họng có cảm giác vướng, ho húng hắng, họng khô, đau nhẹ do phế thận âm hư. Cảm giác tắc ở họng ngày một tăng, nuốt khó, hô hấp khó khăn nghĩ tới bệnh u ác tính ở hầu họng.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ**:Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Hầu họng có chức năng:

A. Ăn uống

B. Hô hấp

C. Phát âm

D. Ăn uống, hô hấp và phát âm

2. Bệnh của hầu họng có quan hệ với các tạng phủ:

A. Phế, Tỳ, Can

B. Phế, Tỳ, Đởm

C. Phế, Tâm, Thận

D. Phế, Tâm, Tỳ

3. Độc tà gây bệnh cho hầu họng chủ yếu là:

A. Phong hàn

B. Phong nhiệt

C. Thấp nhiệt

D. Phong thấp

4. Nguyên nhân gây bệnh cấp tính ở hầu họng là:

A. Tỳ khí hư nhược

B. Tỳ hư kiêm thấp

C. Tỳ vị nhiệt thịnh

D. Tỳ vị hư hàn

5. Nguyên nhân hay gây bệnh ở hầu họng là:

A. Can dương vượng

B. Can thận hư

 C. Can tỳ bất hòa

D. Can khí uất kết

6. Theo y học cổ truyền nguyên nhân gây bệnh ở hầu họng được chia thành:

A. 5 nhóm

B. 4 nhóm

C. 6 nhóm

D. 7 nhóm

7. Bệnh mới phát, hầu họng đau đỏ là do:

A. Thấp nhiệt

B. Phong nhiệt

C. Phong hàn

D. Phong thấp

8. Bệnh mới phát vết loét ở hầu họng đã tụ thành đám sâu,nền và xung quanh vết loét đều có màu đỏ là do:

A. Phong nhiệt thịnh

B.Hỏa viêm độc thịnh

C. Hỏa độc thượng nghịch

 D. Hỏa nhiệt xâm nhập

9. Tiếng nói trầm nhỏ, khí đoản là do:

A. Phế khí hư

B. Thận hư

C. Phế thận âm hư

D. Phế tỳ hư

10. Bệnh hầu họng mới mắc, hơi thở hôi, đờm mùi hôi là do:

A. Phong nhiệt thịnh

B. Hỏa độc ở phế vị

C. Phong hàn uất hóa nhiệt

 D. Hỏa độc ở thận

Bài 13: VIÊM HỌNG

**Mục tiêu:**

1. Biết được triệu chứng, hướng điều trị bệnh viêm họng cấp thông thường và viêm họng mạn tính lan toả theo YHHĐ.

2. Trình bày được cách chẩn đoán và điều trị bệnh viêm họng cấp tính và mạn tính theo YHCT.

**I. Viêm họng theo Y học hiện đại**

***1. Đại cương***

Viêm họng là tình trạng viêm nhiễm niêm mạc của họng. Vì họng là cửa ngõ của đường ăn, đường thở nên rất dễ bị nhiễm khuẩn. Đây là vùng có nhiều loại thần kinh (vận động, cảm giác, thực vật) nên rất dễ gây ra các phản xạ thần kinh nội tiết ở cả các vùng xa của cơ thể. Mặt khác, họng rất giàu tổ chức liên kết và bạch huyết như VA, Amidan lưỡi và khẩu cái, tạo thành vòng Waldeyer. Tổ chức bạch huyết chứa một lượng lớn tể bào lympho T và B. Những Ig xuất tiết bởi tương bào, những cấu trúc bạch huyết làm quen với kháng nguyên khu trú ở vùng nang, rãnh, sự tiếp xúc này là nguồn gốc của quá trình miễn dịch tế bào và dịch thể.

Viêm họng có nhiều hình thái biểu hiện khác nhau, tùy theo tiến triển của bệnh hoặc đặc trưng của các tác nhân gây bệnh và lứa tuổi. Viêm họng đỏ thông thường có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng viêm VA thường chỉ gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, còn viêm Amidan thì gặp ở tuổi lớn hơn từ 6 - 15 tuổi, cũng có thể gặp ở tuổi trung niên và người già.

***2. Nguyên nhân.***

Các nguyên nhân gây viêm họng rất phức tạp, được chia ra viêm họng do virus (chiếm từ 60 - 80% trường hợp) hay viêm họng do vi khuẩn (thường do bội nhiễm sau bị nhiễm virus). Một số loại vi khuẩn thường’ hay gây bệnh ở họng là:

- Liên cầu p tan huyết nhóm A (khoảng 20%).

- Phế cầu và Hemophilus inluenza.

- Tụ cầu vàng (hiếm gặp hơn).

Các nguyên nhân trên có thể gây ra các thể viêm họng đỏ, viêm họng mủ trắng, viêm loét họng, viêm họng có giả mạc, viêm họng trong các bệnh máu...

***3. Viêm họng cấp thông thường.***

Đây là thể viêm họng điển hình, rất hay gặp.

***a. Nguyên nhân:*** Thường là do virus, sau đó bội nhiễm các loại vi khuẩn như liên cầu và phế cầu. Bệnh rất dễ lây qua đường nước bọt và dịch mũi. họng hay gặp trong mùa lạnh.

***b. Triệu chứng:***

\* Triệu chứng toàn thân:

Cảm giác khó chịu, gai rét, có thể kèm đau người, sốt vừa hoặc sốt cao.

\* Triệu chứng cơ năng

- Đau họng, đôi khi rất đau.

- Đau họng lan lên tai.

- Nuốt đau.

\* Triệu chứng thực thể:

- Khám họng sẽ thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ, tăng xuất tiết, họng rất bóng. Đôi khi thấy có chất bẩn nhu bã đậu màu trang hoặc màu vàng xám ở trên bề mặt Amidan.

- Những yếu tố nghĩ tới viêm họng do liên cầu p tan huyết nhóm A:

+ Khởi phát đột ngột

+ Sốt cao 39 - 40°c.

+ Có hạch dưới hàm cả hai bên.

+ Khám họng thấy có mủ trắng bẩn ở khe, hốc amidan hai bên.

+ Xét nghiệm máu thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

+ Đặc biệt định lượng ASLO ihấy tăng tỷ lệ chậm và không liên tục.

\* Các xét nghiệm cận lâm sàng: xét nghiệm công thức máu.

Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bộ nhiễm vi khuẩn bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

*c. Chẩn đoán.*

\* Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng: quyệt dịch họng nuôi cấy VI khuẩn sẽ định loại được nguyên nhân gây bệnh.

*d. Điểu trị:*

- Đối với viêm họng do vi khuẩn dùng kháng sinh nhóm |3-lactam có hiệu quả nhất, nếu dị ứng có thể dùng nhóm macrolit. Viêm họng do virus không nên điều trị bằng kháng sinh.

- Các thuốc giảm viêm, giảm đau.

- Súc họng bằng các thuốc kiềm hóa họng như nước muối sinh lí 0,9% ,Natribicacbonat, BBM...

***4. Viêm họng mạn tính.***

*a. Đại cương*

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới 3 hình thức chính là xuất tiết, quá phát và teo. Các bệnh tích có thể tỏa lan hoặc khu trú. Thể điển hình của viêm họng mạn tính là viêm họng mạn tính tỏa lan, viêm họng mạn tính khu trú gồm có viêm VA mạn tính và viêm Amidan mạn tính.

*b. Nguyên nhân*.

- Do viêm mũi xoang mạn tính, đặc biệt là viêm xoang sau.

- Viêm Amidan mạn tính.

- Tắc mũi mạn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuổn, polype mũi.

- Do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hóa học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...

- Cơ địa: dị ứng, tạng khớp, tạng tân...

*c. Triệu chứng:*

\* Triệu chứng toàn thân: thường không có gì đặc biệt.

\* Triệu chứng cơ năng:

Điển hình nhất là viêm họng mạn tính tỏa lan. Cảm giác thường gặp nhất là khô họng, cay họng, ngứa và vướng họng. Những cảm giác này rất rõ rệt về buổi sáng lúc mới thức dậy. Bệnh nhân cố ho khạc, đằng hắng để làm long đờm.

Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường. Những bệnh nhân uống rượu, hút thuốc lá, hoặc nói nhiều thì các triệu chứng trên lại tăng thêm.

\* Triệu chứng thực thể:

Tùy theo thể bệnh mà khám họng sẽ thấy các tổn thương khác nhau.

- Viêm họng long tiết: niêm mạc họng đỏ, ướt, có những hạt ở thành sau họng. Tiết nhầy dọc theo vách họng.

- Viêm họng quá phát: niêm mạc họng dày và đỏ. Có khi các cơ họng cũng quá phát. Bên cạnh mỗi trụ sau có một cái nẹp giả do niêm mạc bị quá phát. Bệnh nhân rất hay buồn nôn và có nhiều phản xạ họng. Thành sau họng có những mảng quá sản dày, bóng và đỏ. Màn hầu và lưỡi gà dày, eo họng bị hẹp. Mép sau của thanh quản cũng bị dày nên bệnh nhân hay ho khan và khàn tiếng.

- Viêm họng teo: sau giai đoạn viêm quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhầy và nang tổ chức tân xơ hóa. Hai trụ giả phía sau hai Amidan mất đi. Các hạt ở thành sau họng cũng biến mất. Màn hầu và lưỡi gà mỏng đi. Niêm mạc họng trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng doãng rộng, ít tiết nhầy và họng trở nên khô.

*d. Chẩn đoán:*

\* Chẩn đoán xác định:

- Các triệu chứng cơ năng như khô họng, cay họng, ngứa và vướng họng, hay ho khạc, đằng hắng. Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường.

- Triệu chứng thực thể:

Niêm mạc họng đỏ, ướt, có những hạt ở thành sau họng. Tiết nhầy dọc theo vách họng, hoặc niêm mạc họng dày và đỏ, có nẹp giả ở sau trụ sau, đến giai đoạn viêm họng teo thì thấy niêm mạc họng trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ.

*e. Điều trị:*

\* Điều trị nguyên nhân: giải quyết các ổ viêm ở mũi xoang, Amidan. Giải quyết sự lưu thông của mũi.

\* Điều trị tại chỗ:

- Giai đoạn long tiết: súc họng bằng các dung dịch BBM, nước muối sinh lý 0,9%; chấm họng bằng SMC, khí dung họng bàng các thuốc giảm viêm.

- Giai đoạn quá phát: đốt các hạt lympho ở thành sau họng bằng côte điện hoặc nitơ lỏng, laze...

- Giai đoạn teo: khí dung nước biển từng đợt, kéo dài. uống vitamin c và vitamin A để tăng sức đề kháng niêm mạc.

*f. Phòng bệnh:*

-Kiêng rượu, bia, thuốc lá.

- Ăn uống điều độ, tránh khói bụi, hơi đôc. Khi bị viêm họng cấp cần điều trị dứt điểm, không để kéo dài trở thành mạn tính.

- Đối với viêm họng mạn tính khu trú như viêm VA, viêm Amidan, nếu điều trị đúng mà tái phát nhiều lần (> 5 lần/năm) thì chỉ dịnh nạo VA hoặc cắt Amidan sớm để tránh các biến chứng.

**II. Viêm họng theo Y học cổ truyền**

Viêm họng YHCT gọi là “hầu tý”, phân làm 2 loại cấp tính và mạn tính. Cấp tính thường do đàm nhiệt ẩn náu ở bên trong, ngoại cảm phong tà đưa đến, mạn tính là do đàm nhiệt ẩn náu lâu ngày làm hao thương phế âm gây nên.

***1. Viêm họng cấp tính***

*a. Nguyên nhân:* Do cảm phải phong tà bên ngoài kêt hợp đàm nhiệt bên trong

*b. Triệu chứng:* Họng đỏ, nóng, khô, rát, niêm mạc họng hơi nề kèm sốt, nhức đầu, nuốt đau có đờm dính đọng.

*c. Phương pháp chữa*

Pháp: Sơ phong thanh nhiệt, hóa đàm.

Phương:

Bài 1:

Kinh giới 16g Kim ngân 12g

Huyền sâm 12g Sinh địa 12g

Bạc hà 8g Cỏ nhọ nồi 8g

Xạ can 4g Tang bạch bì 8g

Bài 2: Ngân kiêu tán gia giảm

Kinh giới 12g Kim ngân 20g \*

Liên kiều 12g Cát cánh 4g

Cam thảo 4g Ngưu bàng tử 8g

Cương tàm 12g Bạc hà 12g

Sinh địa 6g Huyền sâm 12g

\*Châm cứu: châm tả các huyệt: Thiên đột, Hợp cốc, Liệt khuyết, Khúc trì.

***2. Viêm họng mạn tính***

*a. Nguyên nhân*

Do đàm lâu ngày làm tổn thương phế âm gây nên bệnh.

*b. Triệu chứng*

Họng khô, cảm thấy khó chịu, niêm mạc họng có những điểm xung huyết đỏ nhạt, hạt Lympho rải rác.

*c. Pháp*: Dưỡng âm thanh nhiệt, hóa đàm.

Phương:

Bài 1:

Sinh địa 16g Huyền sâm 16g

Mạch môn 12g Hoàng cầm 12g

Xạ can 6g Kê huyết đằng 12g

Thạch hộc 12g Cam thảo nam 12g

Tằm vôi 8g

Bài 2: Sa sâm mạch môn thang gia giảm

Sa sâm 16g Mạch môn 12g

Hoàng cầm 12g Thiên hoa phấn 12g

Cát cánh 4g Cam thảo 4g

Tang bạch bì 12g

Nếu có nhiêu hạt Lympho thêm Xạ can 8g. Họng khô thêm Thạch hộc 18g, Huyền sâm 12g. Nếu đờm khó khạc gia Qua lâu 8g, Bối mẫu 6g.

- Châm cứu: Thiên đột, Xích trạch, Thái uyên, Túc tam lý, am âm giao.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh của viêm họng là:

A. Nha tý

B. Hầu tý

 C. Nha cam

D. Hầu tỵ

2. Theo Y học cổ truyền bệnh viêm họng cấp tính có triệu chứng:

A. Họng sưng nề, đau, khô rát

B. Họng đỏ nhẹ, khô, nóng, rát

C. Họng đỏ, khô và đau

D. Họng đỏ, nóng, khô và rát

3. Pháp điều trị bệnh viêm họng cấp tính là:

A. Sơ phong thanh nhiệt, trừ thấp

B. Thanh nhiệt trừ thấp, hóa đàm

C. Sơ phong thanh nhiệt, lợi thấp

D. Sơ phong thanh nhiệt, hóa đờm

4. Bài thuốc điều trị bệnh viêm họng cấp tính là:

A. Ngũ vị tiêu độc ẩm gia giảm

B. Ngân kiều tán gia giảm

C. Ma hạnh thạch cam thang

 D. Bổ phế chỉ khái lộ

5. Công thức huyệt điều trị viêm họng cấp là:

A. Thiên đột, Phong trì, Phong long, Hợp cốc

B. Thiên đột, Phong trì, Hợp cốc, Khúc trì

C. Thiên đột, Họp cốc, Liệt khuyết, Khúc trì

D. Thiên đột, Phong long, Túc tam lý, Họp cốc

Bài 14: VIÊM AMIDAN

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh viêm A cấp

2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh viêm A mạn

Viêm Amidan chia hai loại viêm Amidan cấp và viêm Amidan mạn. YHCT gọi viêm Amidan cấp là hầu nga hay phong nhiệt nhũ nga, do nhiệt độc ở phế vị kết hợp phong nhiệt bên ngoài gây ra bệnh. Viêm Amidan mạn YHCT gọi là thạch nga hay hư hỏa nhũ nga do phế vị hư, tân dịch không đây đủ, hư hỏa thượng viêm lên trên gây ra bệnh.

**1. Viêm amidan cấp**

Phong nhiệt nhũ nga chia hai thể là: thể nhẹ và thể nặng.

*a. Thể nhẹ*

- Nguyên nhân do ngoại cảm phong nhiệt.

- Triệu chứng: Sợ lạnh, sốt, nhức đầu, Amidan sưng đỏ, họng đau, đầu lưỡi đỏ, rêu trắng mỏng, mạch phù hoạt sác.

- Phương pháp chữa: Sơ phong thanh nhiệt, tân lương giải biểu.

Bài 1:

Bạc hà 8g Ngưu bàng tử 8g

Kim ngân hoa 8g Cát cánh 6g

Xạ can 6g Huyền sâm 12g

Sinh địa 12g Cỏ nhọ nồi 16g

Bồ công anh 16g

Bài 2: Thanh yêt lợi cách thang gia giảm

Ngưu bàng tử 12g Bạc hà 6g

Kim ngân hoa 40g Liên kiều 16g

Cát cánh 6g Cam thảo 4g

Hoàng cầm 4g Hoàng liên 4g

Bài 3: Ngân kiêu tán gia giảm

Kim ngân hoa 16g Liên kiều 12g

Đạm trúc diệp 12g Bạc hà 4g

Huyền sâm 16g Cát cánh 6g

Kinh giới 4g Ngưu bàng tử 12g

Cam thảo 8g

*b. Thể nặng*

- Nguyên nhân do hỏa độc, nhiệt thịnh ở phế vị.

- Triệu chứng: sốt cao, miệng khô, Amidan sưng to, loét hoặc có mủ. Họng đau không dám ăn, tiểu đỏ, hạch nổi dưới hàm, táo bón, rêu vàng dày, mạch sác.

- Phương pháp chữa

Pháp: Thanh nhiệt giải độc ở phế vị, hoạt huyết, trừ mủ.

Phương

Bài thuốc 1:

Kim ngân hoa 20g Xạ can 8g

Hoàng liên 12g Hoàng bá 12g

Huyền sâm 16g Sinh địa 16g

Tang bạch bì 12g Cam thảo nam 16g

Thạch cao 20g

Bài thuốc 2: Phức phương lương cách thang gia giảm

Thạch cao sống 40g Kim ngân hoa 16g

Hoàng cầm 12g Liên kiều 12g

Cát cánh 6g Đạm trúc diệp 12g

Sơn chi tử 12g Huyền sâm 16g

Bạc hà 4g Cam thảo 8g

Bài thuốc 3: Hoàng liên thanh hầu ẩm gia giảm

Kim ngân hoa 40g Liên kiều 20g

Hoàng cầm 12g Ngưu tất 20g

Sơn đậu căn 12g Xạ can 8g

Xích thược 12g

Táo bón thêm Đại hoàng 8-12g, liều trẻ em bằng nửa liều người lớn

***2. Viêm amidan mạn ( hư hoa nhũ nga)***

- Triệu chứng: Hay tái phát, miệng khô hơi đau, miệng hôi nhẹ, người yếu, mệt mỏi.

- Phương pháp chữa

Pháp: Dưỡng âm thanh phế, hoạt huyết tiêu viêm.

Bài thuốc 1:

Sa sâm 12g Mạch môn 12g

Huyền sâm 16g Xạ can 6g

Tang bạch bì 12g Cát cánh 4g

Thăng ma 6g Ngưu tất 12g

Bài thuôc 2: Lục vị địa hoàng hoàn gia giảm

Sinh địa 16g Sơn thù 8g

Hoài sơn 12g Trạch tả 8g

Đan bì 8g Phục linh 8g

Huyền sâm 12g Xạ can 6g

Tri mẫu 8g Thiên hoa phấn 8g

Địa cốt bì 8 Ngưu tất 12

Bài thuốc 3:Dưỡng âm thanh phế thang gia giảm

Sinh địa 20g Mạnh môn 8g

Huyền sâm 12g Bạch thược 12g

Đan bì 12g Bối mẫu 8g

Cam thảo 4g Bạc hà 4g

Thiên hoa phấn 8g Địa cốt bì 8g

Bài số 4: Ích khí thanh kim thang gia giảm

Sa sâm 12g Mạch môn 12g

Sạ can 8g Tang bạch bì 12g

Huyền sâm 12g

Nếu miệng hôi thêm Thạch hộc, Tri mẫu 12g. Ho khan thêm Hạnh nhân 8g, Bối mẫu 8g.

Châm cứu: Chỉ định cho bệnh nhân viêm Amidan cấp: Thiên đột, Giáp xa, Họp cốc, Khúc trì.

Nhĩ châm: Vùng tuyến amidan, họng hầu.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh của viêm Amidan mạn tính là:

A. Phong nhiệt nhũ nga C. Hư hỏa nhũ nga

B. Hầu nga phong nhiệt D. Hư hỏa hầu nga

2. Bệnh nhân sợ lạnh, sốt, nhức đầu. amiđan sưng đỏ, họng đau, đầu lưỡi đỏ, rêu trắng mỏng, mạch phù hoạt sác là triệu chứng của bệnh viêm Amiđan thể:

A. Cấp tính C. Cấp tính thể nhẹ

B. Mạn tính D. cấp tính thể nặng.

3. Pháp điều trị bệnh viêm Amiđan cấp tính thể nặng là:

A. Sơ phong thanh nhiệt giải độc, hoạt huyêt

B. Thanh nhiệt giải độc ở phể vị, hoạt huyết trừ mủ.

C. Thanh nhiệt giải độc ở phế tỳ, hoạt huyết trừ mủ.

D. Thanh nhiệt giải độc ở phế vị, khu phong.

4. Bài thuốc gồm các vị: Sa sâm, mạch môn, xạ can, huyền sâm, tang bạch bì dùng để điều trị bệnh:

A. Viêm A cấp tính C. Viêm A cấp tính thể nặng

B. Viêm A mạn tính D. Viêm A câp tính thê nhẹ

5.Công thức huyệt điều trị bệnh viêm Amidan cấp là: Thiên đột, Hợp cốc,

Khúc trì và:

A. Quyền liêu C. Giáp xa

B. Thừa khấp D. Liệt khuyết

Bài 15: VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG

 **Mục tiêu:**

1. Trình bày chẩn đoán, điều trị bệnh viêm niêm mạc miệng thể thực hoả.

2. Trình bày chẩn đoán, điều trị bệnh viêm niêm mạc miệng thể hư hoả.

YHCT gọi bệnh viêm niêm mạc miệng là ”khẩu cam”. Do tâm tỳ bị hỏa độc, nhiệt độc gây nên (thực chứng) hoặc do thận âm hư, vị âm hư làm hư hỏa bốc lên gây viêm (bệnh do vi rút Herpes), bệnh có thể tự khỏi không cần điều trị. Bệnh dễ lây lan, dễ tái phát. Bệnh chia thành 2 thể là: thực hoả và hư hoả.

***1. Thực hỏa:***

- Do tâm, tỳ bị hỏa độc, nhiệt độc.

- Triệu chứng: vết loét đỏ, sưng, có thể có màu trắng (có mủ). Đau nóng rát tại chỗ, tăng khi ăn đồ cay, nóng, mặn. Khô miệng, tiểu tiện đỏ, đại tiện hay táo. Hơi thở hôi, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sác.

- Pháp: Thanh nhiệt tả hỏa ở tâm tỳ.

- Phương

Bài thuốc 1:

Sinh địa 16g Huyền sâm 16g

Thạch cao 20g Trúc diệp 16g

Hoàng liên 8g Ngọc trúc 12g

Chút chít 12g Mộc thông 12g

Cam thảo nam lOg

Sắc uống ngày 01 thang.

Bài thuốc 2: Đạo xích tán gia giảm

Thạch cao 40g Sinh địa 20g

Mộc thông 6g Trúc diệp 12g

Ngọc trúc 12g Thăng ma 8g

Huyền sâm 12g Lô căn 2Õg

Tri mẫu 18g Cam thảo 6g

***2. Hư hỏa:***

- Do thận âm hư, vị âm hư, tân dịch giảm

- Triệu chứng: vết loét hơi đỏ, niêm mạc sưng nhẹ, đau ít, khi mệt nhọc dễ tái phát. Có cảm giác háo khát, mệt mỏi, nóng trong, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch tế sác.

- Pháp: Dưỡng âm thanh nhiệt

- Phương thuốc

Bài 1:

Sinh địa 16g Huyền sâm 12g

Sa sâm 12g Mạch môn 12g

Tri mẫu 10g Ngọc trúc 12g

Hạ liên thảo 16g Hoàng bá 8g

Cam thảo 4g Đan bì 8g

Sắc uống 01 thang/ngày.

Bài 2: Lục vị tri bá gia giảm.

Sinh địa 16g Phục linh 8g

Sơn dược 12g Hoàng bá 12g

Sơn thù 8gTri mẫu 8g

Đan bì 8g Huyền Sâm 12g

Trạch tả 8g Bạch thược 8g

Mất ngủ gia : Táo nhân, thảo quyết minh

Táo bón gia vừng đen, Đại hoàng

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh Viêm niêm mạc miệng có liên quan đên tạng phủ:

A. Tâm, tỳ

B. Tâm, phế

C. Phế, thận

D. Phế, tỳ

2. Nguyên nhân gây bệnh viêm niêm mạc miệng thể thực hỏa là do:

A. Tâm tỳ bị hỏa độc, nhiệt độc

B. Tâm tỳ nhiệt thịnh

C. Tâm tỳ bị hỏa độc

D. Tâm tỳ bị nhiệt độc

3. Pháp điều trị khẩu cam thể thực hỏa là:

A. Thanh nhiệt trừ thấp ở tâm tỳ

B. Thanh nhiệt tả hỏa ở tâm tỳ

C. Thanh nhiệt giải độc ở tâm

D. Thanh nhiệt trừ thấp ở tỳ

4. Bệnh khẩu cam thể thực hoa có triệu chứng:

A. vết loét không sưng đỏ

B. vết loét sưng đỏ

C. vết loét sưng, nhạt màu

D. vết loét nề nhẹ, bạc màu

5. Bài thuốc điều trị bệnh khấu cam thể thực hỏa là:

A. Thanh cam giải độc thang

B. Thanh vị thang gia giảm

C. Thanh tâm thang gia giảm

D. Đạo xích tán gia giảm

Bài 16: VIÊM LỢI

**Mục tiêu:**

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh viêm lợi

Theo YHCT: Viêm lợi gọi là chứng “nha cam'’. Do vị kinh có nhiệt kết hợp cảm phải phong nhiệt bên ngoài gây nên bệnh. Bệnh có thể xuất hiện sau mắc một số bệnh truyền nhiễm, bệnh chủ yếu thuộc chứng thực.

***1.Triệu chứng:*** Lợi xung quanh răng sưng, đỏ, đau, có thể loét chảy máu. Miệng hôi, nước dãi tiết nhiều, ăn ít, khó ăn do đau, đôi khi nhức đầu. Tiểu tiện đỏ ngắn, đại tiện thiên táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch sác.

2.Pháp: Sơ phong thanh nhiệt giải độc

- Phương thuốc

Bài 1:

Thạch cao 20g Thăng ma 12g

Bạc hà 10g Hoàng liên 8g

Sinh địa 12g Huyền sâm 12g

Búp bàng 6g Cam thảo nam 10g

Sắc uống 01 thang/ngày

Bài 2: Thanh cam giải độc thang gia giảm

Thạch cao 40g Hoàng liên 8g

Hoàng cầm 12g Thăng ma 12g

Ngưu bàng tử 12g Bạc hà 10g

Liên kiều 12g Tri mẫu 8g

Ngọc trúc 12g Sinh địa 16g

Huyền sâm 16g

Bài 3:

Thạch cao 40g Lô căn 40g

Trúc diệp 12g

sẳc uống 01 thang/ngày.

Bài 4: Thuốc dùng tại chỗ

Mang tiêu 4g Muối ăn 4g

Bạch phàn 4g Nước sôi để nguội 200ml

Hòa 3 vị vào nước, bỏ bã, lấy nước súc miệng làm săn vết loét.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:Chọn ý đúng nhất cho các câu sau:

1. Bệnh danh của bệnh viêm lợi là:

E. Khẩu cam

F. Nha cam

G. Nhãn cam

H. Tỳ cam

2. Nguyên nhân gây viêm lợi là:

I. Thận kinh có nhiệt kết hợp phong nhiệt tà

J. Vị kinh có nhiệt kết hợp phong nhiệt tà

K. Tỳ vị nhiệt kết hợp phong nhiệt tà

L. Vị kinh có nhiệt kết hợp phong thấp

3. Pháp điều trị bệnh viêm lợi là:

M. Sơ phong thanh nhiệt tả hỏa

N. Sơ phong thanh nhiệt, giải độc

o. Sơ phong thanh nhiệt trừ thấp

p. Sơ phong thanh nhiệt

4. Bài thuốc điều trị bệnh viêm lợi là:

Q. Thanh vị thang gia giảm

R. Thanh cam giải độc thang gia giảm

s. Ngũ vị tiêu độc ẩm gia giảm

T. Đạo xích tán gia giảm

5. Bài thuốc dùng để chế nước súc miệng điều trị bệnh viêm lợi à :

u. Mang tiêu, Bạch phàn, Băng toan

V. Mang tiêu, Muối ăn, Băng toan

w. Mang tiêu, Băng toan, Phèn phi

X. Mang tiêu, Muối ăn, Bạch phàn

6. Theo y học cổ truyền bệnh viêm lợi có triệu chứng:

Y. Nước dãi tiết nhiều c. ít nước dãi

z. Miệng khô D. Nước dãi giảm tiết

Bài 17: NHA CHU VIÊM

**Mục tiêu:**

1. Trình bày chẩn đoán, điều trị bệnh Nha chu viêm thể cấp tính.

2. Trình bày chẩn đoán, điều trị Nha chu viêm thể mạn tính.

Nha chu viêm thuộc chứng “nha cam”. Do vị kinh tích nhiệt, kết hợp với phong nhiệt gây nên. Bệnh thường cấp tính, thuộc chứng thực. Nếu không điều trị bệnh kéo dài chuyển sang mạn tính thuộc hư chứng do vị âm hư, thận âm hư, tân dịch giảm, hư hỏa bốc lên gây bệnh.

***1. Thể cấp tính***

*a. Triệu chứng:* chân răng đỏ sưng, đau, ấn mạnh cổ răng có thể thấy mủ chảy ra, nếu đau nặng có thể thấy sốt, nổi hạch dưới hàm. Ăn kém, chât lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sác, táo bón.

*b. Pháp:* Sơ phong thanh nhiệt, tiêu thũng.

+ Bài thuốc:

Bài 1:

Ngưu hoàng tử 12g Bạc hà 8g

Hạ khô thảo 16g Kim ngân hoa 16g

Bồ công anh 20g Tạo giác thích 8g

Sắc uống ngày 01 thang

Bài 2: Ngưu bàng giải cơ thang gia giảm

Nguu bàng tử 12g Bạc hà 6g

Kim ngân hoa 20g Liên kiều 20g

Hạ khô thảo 12g Xích thuợc 8g

Tạo giác thích 16g Xuyên sơn giáp 6g

Chi tử 12g

Bài 3: Thanh vị thang gia giảm

Thạch cao 40g Thăng ma 4g

Sinh địa 20g Đan bì 8g

Kim ngân hoa 16g Nguu bàng tử 12g

Bạc hà 8g Hoàng liên 8g

Liên kiều 16g

+ Châm cứu: Châm tả huyệt Giáp xa, Hạ quan, Hợp cốc, Nội đình.

***2. Thể mạn tính***

*a. Triệu chứng:* Lợi quanh cổ răng đỏ nhưng ít sung nề, đau ít, ấn vào nuớu lợi

cỏ thể có ít mủ chảy ra, răng lung lay nhiêu, nêu nặng răng chồi lên cao và có

thể tự rụng, miệng hôi, họng khô, háo khát, chất luỡi đỏ, rêu vàng, mạch tế sác.

*b. Pháp:* Duỡng âm thanh nhiệt

+ Bài thuốc:

Bài 1:

Sinh địa 12g Huyền sâm 12g

Sa sâm 12g Quy bản 12g

Thạch hộc 12g Ngọc trúc 12g

Thăng ma 12g Kim ngân hoa 16g

Bạch thuợc 8g Kỷ tử 12g

Bài 2: Lục vị hoàn gia giảm

Thục địa 12g Hoàng bá 8g

Phục linh 8g Bạch thuợc 12g

Tri mẫu 8g Hoài sơn 12g

Thăng ma 12g Trạch tả 8g

Sơn thù 8g Ngọc trúc 12g

Đan bì 8g Kỷ tử 12g

+ Châm cứu: châm bổ các huyệt: Giáp xa, Hạ quan, Hợp cốc, Túc tam lý,

Thận du, Thái khê, Nội đình.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất cho các câu sau:

1. Nguyên nhân gây bệnh nha chu viêm cấp tính là:

A. Vị kinh có nhiệt kểt họp nhiệt độc

B. Vị kinh tích nhiệt kết hợp với phong nhiệt

C. Phong thấp nhiệt kết họp vị nhiệt

D. Phong nhiệt phạm vị kết hợp tỳ nhiệt

2. Bệnh nha chu viêm cấp tính có triệu chứng:

A. Chân răng sưng đỏ, không đau

 C. Chân răng sưng đỏ, đau nhiều.

B. Chân răng sưng đỏ, đau ít

D. Chân răng sưng đỏ ít, đau vừa.

3. Bài thuốc điều trị bệnh nha chu viêm gồm các vị: bạc hà, ngưu bàng tử, hạ khô thảo, xích thược, kim ngân hoa, liên kiều, chi tử, tạo giác thích, xuyên sơn giác có tên là:

A. Ngân kiều tán gia giảm C. Thanh vị thang gia giảm

B. Ngưu bàng giải cơ thang gia giảm D. Thanh cam giải độc thang gia giảm

4. Nguyên nhân gây bệnh nha chu viêm mạn tính là:

A. Tỳ vị âm hư C. Vị âm hư, thận âm hư

B. Tâm tỳ hư D. Tâm, Vị âm hư

5. Pháp điều trị bệnh nha chu viêm mạn tính là:

A. Bổ phế dưỡng âm C. Dưỡng âm thanh nhiệt giải độc

B. Dưỡng âm thanh nhiệt D. Dưỡng âm sinh tân chỉ khát

6. Công thức huyệt điều trị bệnh nha chu viêm cấp tính là: Giáp xa, Hạ quan, Hợp cốc và huyệt:

A. Nội đình C. Nội quan

B. Thừa khấp D. Quyền liêu

Bài 18: SÂU RĂNG

**Mục tiêu:**

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng và điều trị Sâu răng theo YHCT Theo YHCT bệnh Sâu răng thuộc chứng “nha cam”.

- Nguyên nhân do vị kinh, thận kinh có nhiệt kết hợp với cảm phải phong nhiệt bên ngoài tạo thành bệnh. Cũng có thể sinh ra bệnh sau khi mắc một số bệnh truyền nhiễm.

Y học cổ truyền chỉ can thiệp trong những trường hợp sâu nhẹ, chưa ảnh hưởng tới tủy. Trong bài này chỉ giới thiệu thể cấp tính

***1. Triệu chứng***

Bề mặt răng có điểm, lỗ màu nâu hoặc đen, dùng thìa nhỏ nạo sẽ ra mủn sâu răng do tổ chức men ngà bị phân hủy. Răng đau nhức khi có kích thích. Nếu sâu răng nặng có thể kèm viêm nướu lợi quanh răng, rò mủ, má sưng, miệng hôi, kém ăn, ngủ ít, đầu đau nhức mé răng sâu, đại tiện thiên táo, tiểu sẫm. lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch sác.

***2. Pháp điều trị:*** Sơ phong thanh nhiệt, giải độc, an thần.

Bài 1

Thạch cao sống 20g Hoàng liên 8g

Thăng ma 10g Liên kiều 12g

Trúc diệp 12g Ngưu bàng tử 12g

Sinh địa 16g Huyền sâm 12g

Thảo quyết minh 12g Cam thảo 12g

Bài 2: Thanh cam giải độc thang gia giảm

Thạch cao sống 20g Trúc diệp 12g

Hoàng cầm 12g Huyền sâm 12g

Hoàng liên 8g Sinh địa 16g

Liên kiều 12g Ngọc trúc 12g

Ngưu bàng tử 12g Thăng ma 12G

Bạc hà 12g Hắc táo quân 12g

Tri mẫu 12g Cam thảo 4g

Bài 3: Bài thuốc dùng tại chỗ

Mang tiêu 4g Muối ăn 4g

Bạch phàn 4g Nước 200ml

Hòa 3 vị vào nước, bỏ bã, lấy nước súc miệng.

Lấy lá trâu không trộn vôi hoặc vỏ cây đại giã nhỏ trộn muối đắp vào ổ sâu răng. Quan trọng nhất là loại bỏ tổ chức sâu, sau đó dùng thuốc giảm đau.

Châm cứu: Hợp cốc, Giáp xa, Hạ quan, Nội đình, Thái khê

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ**:Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Bệnh danh của bệnh sâu răng là:

A. Khẩu cam C. Nha cam

B. Nhãn cam D. Nha can

2. Nguyên nhân gây bệnh sâu răng là:

A. Phong nhiệt kết hợp vị kinh, thận kinh có nhiệt

B. Phong thấp kết hợp vị kinh, thận kinh có nhiệt

B. Nhiệt độc kết hợp vị kinh, thận kinh có nhiệt

D. Phong nhiệt kết hợp vị kinh có nhiệt

3. Pháp điều trị bệnh sâu răng là:

A. Phát tán phong nhiệt, an thần C. Sơ phong thanh nhiệt, giải độc an thần

B. Thanh nhiệt giải độc, an thần D. Sơ phong thanh nhiệt giải độc

4. Bài thuốc điều trị bệnh sâu răng có tên là:

A. Thanh vị thang C. Thanh cam giải độc thang

B. Thanh vị thang gia giảm D. Thanh cam giải độc thang gia giảm

5. Bài thuốc dùng để pha nước súc miệng điều trị bệnh sâu răng gồm các vị:

A. Băng phiến, Phèn phi, Bạch phàn

B. Mang tiêu, Bạch phàn. Muối ăn.

C. Băng phiến, Phèn phi, Muối ăn.

D. Băng phiến, Bạch phàn, Muối ăn.

Bài 19: ĐẠI CƯƠNG BỆNH MẮT

**Mục tiêu:**

1 .Trình bày được học thuyết ngũ luân.

2. Trình bày được các chứng trạng thường gặp trong các bệnh của mắt. Mắt là cơ quan thị giác của con người, nó có quan hệ mật thiết với tạng phủ, kinh lạc. Tinh khí của ngũ tạng lục phủ đều lên trú ở mắt, can tàng huyết mà khai khiếu ra mắt, 12 kinh mạch đều có quan hệ trực tiếp hoặc gián tiếp tới mắt. Quan hệ hữu cơ tạng phủ, kinh lạc với mắt bảo đảm công năng bình thường của mắt. Nếu tạng phủ có bệnh thường dẫn đến bệnh mắt, căn nguyên của bệnh mắt ở trong tạng phủ vì vậy khi chẩn trị bệnh mắt vẫn cần xuất phát điều chỉnh giữa tạng phủ, khí huyết hữu quan của nội bộ cơ thể con người.

Biện chứng bệnh mắt lấy bát cương làm cơ sở, kết hợp với học thuyết “Ngũ luân” riêng của bệnh mắt, tiến hành phân tích tổng hợp làm ra luận trị.

**I. Học thuyết Ngũ luân**

Học thuyết “Ngũ luân” của nhãn khoa Đông y đã đem mắt chia thành 5 bộ phận phận thuộc ngũ tạng, mượn để thuyết minh quan hệ sinh lý, bệnh lý của mắt với tạng phủ, làm thành một loại lý luận của biện chứng luận trị .

***1. Nhục luân:*** Mi mắt (da, cơ nhục, sụn mi và kết mạc mi) thuộc tỳ. tỳ chủ cơ nhục cho nên gọi là nhục luân.

***2. Huyết luân:*** Hai khoé mắt (kết mạc hai khoé mắt, da và tuyến nước mắt) thuộc tâm. Tâm chủ huyết cho nên gọi là huyết luân.

***3. Khí luân:*** Tròng mắt trắng (cầu kết mạc và vùng trước củng mạc) thuộc phế. Phế chủ khí cho nên gọi là khí luân

***4. Phong luân:*** Tròng đen ( giác mạc, hậu phòng, mong mắt) thuộc can. Can chủ phong cho nên gọi là phong luân .

***5. Thuỷ luân:*** Lỗ đồng tử (tức là đồng thần. Gồm tổ chức phía sau cua lỗ đồng tử như: thấu kính thể, thuỷ tinh thể, cầu củng mạc, thị võng mạc và thị thần kinh) thuộc thận. Thận chủ thuỷ cho nên gọi là thuỷ luân.

Do quan hệ biểu lý của tạng phủ, ngũ luân lại phân biệt với vị, tiểu đường, đại trường, đảm và bàng quang.

**11. Chứng trạng cụ thể quy thuốc bát cương**

***1. Ngoại chứng:*** (bệnh phía ngoài của mắt): thường thuộc biểu, thuộc thực, thuộc dương. Nội chứng (bệnh phía trong mắt): thường thuộc lý, thuộc hư , thuộc âm.

***2. Thị lực:*** Đột nhiên thị lực xuống thấp thường thuộc thực chứng. Thị lực mơ hồ giảm dần dần thường thuộc hư chứng.

***3. Mí mắt sưng trướng:*** Hồng mà cứng thuộc thực. Mềm mà không hồng thường thuộc hư.

***4. Kết mạc xung huyết:*** Toàn kết mạc xung huyết hồng tươi, thường thuộc thực, thuộc nhiệt. Xung huyết cục bộ, sắc hồng nhạt thường thuộc âm hư có nhiệt; huyết quản thô to mà sắc hồng thắm thường thuộc huyết nhiệt có ứ.

***5. Giác mạc tẩm ướt:*** sắc vàng mà lồi ra thường thuộc thực, thuộc nhiệt, sắc trắng nhạt mà lõm thường thuộc hư (khí hư).

***6. Giác mạc sình huyết quản mới:*** Thô to sắc tím thường thuộc huyết nhiệt có

ứ. Huyết quản nhỏ mà sắc hồng nhạt thường thuộc âm hư.

***7. Đầu đau, mắt đau:*** Đau đớn liên tục thường thuộc thực. Đau đớn có khoảng cách thường thuộc hư.

***8. Nước mắt:*** ống lệ tỵ tắc hoặc hẹp làm chảy nước mắt, nước mắt lạnh thường thuộc hư, thuộc hàn. Nước mắt nóng thường thuộc thực, thuộc nhiệt.

***9. Nhử mắt:*** Vàng đặc mà nhiều thường thuộc thực nhiệt. Vàng nhạt mà lỏng thường thuộc hư nhiệt.

CÂU HỞI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu học thuyết Ngũ luân.

2. Trình bày các chứng trạng thường gặp trong các bệnh của mắt theo yhhđ?

Bài 20: LẸO MẮT

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được chẩn đoán bệnh lẹo mắt.

2. Trình bày được cách điều trị bệnh lẹo mắt.

Bệnh này là do nhiễm trùng tuyến bã nhờn ở chân lông mi dẫn đến viêm cấp tính hoá mủ, là một loại nhọt, dân gian gọi là “Lẹo”, là “Thâu châm nhỡn” , đông y gọi là “Nhỡn đan”, nguyên nhân do nhiệt độc từ ngoài lấn vào mí mắt.

**I. Triệu chứng**

- Tự thấy một bộ phận nào đó ở mí mắt bị dị ứng, dần dần đau đớn thêm nặng, nhất là thường sưng ở vùng khoé mắt.

- Da ở mi mắt sưng đỏ, đau, sau mấy ngày thì sưng đau nặng thêm, xuất hiện điểm mủ, cuối cùng thì phá vỡ mà tự khỏi. Nghiêm trọng thì có thể lan rộng thành viêm tổ chức liên kết hoặc mi mắt sưng mủ, có thể sưng hạch trước tai hoặc sốt cao.

- Sưng ở vùng khoé mất trong phải phân biệt với viêm túi lệ cấp tính, sưng ở vùng khoé mắt ngoài phải phân biệt với viêm tuyển lệ cấp tính.

**II. Phương pháp điều trị**

***1. Thuốc chế sẵn:*** Ngưu hoàng giải độc phiến, mỗi lần uống 2-4 viên, ngày 2 lần uống.

Bài thuốc Ngưu hoàng giải độc phiến: Cát cánh, Cam thảo, Hoàng cầm, Đại hoàng, Sinh Thạch cao, Hùng hoàng, Ngưu hoàng, Băng phiến.

***2. Chữa cục bộ.***

- Dùng bột Hùng hoàng hoặc Ngọc khu đan (Sơn từ cô, Tục tuỳ, Tử sương, Hồng nha đại kích, Ngũ bội tử, Yên hoàng, Chu sa, Xạ hương) thêm

„giấm trộn bôi đắp cục bộ, sau khi khô bôi lại ngay, giữ cho cục bộ ẩm mềm.

- Sau khi thành mủ, nhỏ thì có thể để nó tự vỡ, rất lớn thì rạch mở thoát mủ, miệng rạch ở da song song với mi mắt, kiêng nặn non.

- Đắp nước muối nóng.

***3. Phương Lẻ thuốc cây cỏ.***

Bồ công anh 80 gam, Dã cúc hoa 20g, sắc nước, nước sắc đầu uống trong, nước sắc lần hai đem xông rửa mắt, mồi ngày 3-4 lần.

***4. Châm cứu:***

 Châm huyệt Tình minh, Toàn trúc, Thừa khấp, Đồng tử liêu, Dương bạch bên mắt bị bệnh, châm huyệt phế du hai bên. Dân gian thường chích nặn máu ở huyệt phế du có kết quả điều trị tốt.

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ**

Câu 1: Trình bày triệu chứng của bệnh lẹo mắt?

Câu 2: Trình bày phương pháp điều trị bệnh lẹo mắt?

Bài 21: VIÊM KẾT MẠC

**Mục tiêu:**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị các viêm kết mạc cấp theo YHCT

2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị các viêm kết mạc bán cấp theo YHCT

3. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, điều trị các viêm kết mạc dị ứng mùa xuân theo YHCT

Y học cổ truyền chia bệnh viêm kết mạc thành 3 thể: viêm kết mạc cấp tính, viêm kết mạc dị úng mùa xuân và viêm kết mạc bán cấp 1. Viêm viêm kết mạc cấp

*a. Bệnh danh - nguyên nhân:* YHCT gọi là hồng nhãn, hỏa nhãn do phong nhiệt xâm phạm vào kinh can, phế, đại trường gây ra.

*b. Triệu chứng:* Mắt cảm thấy có dị vật cộm, tức, nóng, sợ ánh sáng. Sáng dậy nhiều dử mắt, mắt sưng đỏ

*c. Phương pháp chữa:* Thanh nhiệt ở kinh phế, vị, can, khu phong

Bài thuốc:

Bài 1:

Kim ngân hoa 16g Lá dâu 6g

Hoàng đàng 12g Bạc hà 6g

Chi tử 12g Cúc hoa 12g

 Kinh giới 12g chút chít 2g

Bài 2:

Kim ngân hoa 12g Bạc hà 6g

Liên kiều 12g Ngưu bàng tử 12g

Hoàng cầm 12g Cát cánh 6g

Chi tử 8g

***2. Viêm kêt mạc dị ứng mùa xuân***

*a. Nguyên nhân*: do thấp nhiệt ở kinh phế, tỳ, can kết hợp phong gây bệnh

*b. Triệu chứng:* Hai mắt ngứa đỏ, sợ ánh sáng,

*c. Phương pháp chữa:* khu phong thanh nhiệt lợi thấp

Bài thuốc:

Phòng phong 12g Bạc hà 8g

Kinh giới 12g Cúc hoa 8g

Lá dâu 16g Hoàng đằng 12g

Nhân trần 12g Sa tiền 12g

Mạn kinh 12g

***3. Viêm kết mạc bán cấp***

- Do viêm kết mạc cấp chữa không triệt để, kết hợp với phế âm hư hoặc do tiếp xúc thường xuyên với các tác nhân vật lý, các hóa chất gây ra bệnh.

- Phương pháp chữa: Khu phong thanh nhiệt dưỡng âm

Bài thuốc:

Tang bạch bì 12g Kim ngân hoa 20g

Bạc hà 8g Sinh địa 12g

Mạch môn 12g Hạ khô thảo 12g

Cúc hoa 8g

**CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ:**Chọn ý đúng nhất trong các câu sau:

1. Nguyên nhân gây bệnh viêm kết mạc cấp là:

A. Phong hàn C. Phong nhiệt

B. Thấp nhiệt D. Nhiệt độc

2. Nguyên nhân gây bệnh viêm kết mạc dị ứng mùa xuân là:

A. Thấp nhiệt thịnh C. Phong nhiệt thịnh

B. Phong thấp nhiệt D. Phong thấp thịnh

3. Pháp điều trị bệnh viêm kết mạc dị ứng mùa xuân là:

A. Khu phong tán hàn lợi thấp C. Khu phong thanh nhiệt

B. Thanh nhiệt lợi thấp D. Khu phong thanh nhiệt lợi thấp

4. Bài thuốc gồm các vị: Kim ngân hoa, Hoàng đằng, Kinh giới, Lá dâu, Chi tử, Chút chít, Bạc hà, Cúc hoa dùng để điều trị bệnh:

A. Viêm kết mạc cấp tính

B. Viêm kết mạc dị ứng mùa xuân,

C. Viêm kết mạc bán cấp.

D. Viêm kết mạc mạn tính.

5. Theo Y học cổ truyền bệnh viêm kết mạc cấp có triệu chứng:

A. Sợ ánh sáng C. Chói mắt

B. Không sợ ánh sáng D. Cộm, chói mắt

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Răng hàm mặt tập I. Nhà xuất bản y học (1977)

2. Bài giảng răng hàm mặt. Nhà xuất bản y học (1998)

3. Giáo trình dự phòng bệnh quanh răng. Nhà xuất bản y học (2004)

4. Giáo trình dự phòng sâu răng. Nhà xuất bản y học (2004)

5. Bài giảng Mắt-Tai mũi họng. ĐHYHN. NXB Y học (1990)

6. Nhãn khoa giản yếu. Phan Dẫn. NXB Y học (2004)

7. Thực hành Nhãn khoa. ĐH Y HN. NXB Y học (2006)

8. Bài giảng Mắt-Tai mũi họng.ĐH YHN. NXB Yhọc (1990)

9. Giản yếu Tai mũi họng. Gs Ngô Ngọc Liễn. NXB Y Học (2005)

10. Tai mũi họng thực hành. Gs Võ Tấn. NXB Y học (1982)

11. Bệnh học Ngũ Quan YHCT. Gs Trần Thuý. NXB Y Học (2002)

12. Đông Y châm cứu chẩn trị bệnh Ngũ Quan. Lê Văn Sửu và cs. NXB Y Học (2005)

13. Bài giảng YHCT Tập 2. Khoa YHCT- ĐH Y HN. NXB Y Học (2005)

**MỤC LỤC**

[PHẦN I: RĂNG HÀM MẶT 1](#_Toc60147168)

[Bài 1: GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ RĂNG, MIỆNG 1](#_Toc60147169)

[Bài 2: BỆNH SÂU RĂNG 3](#_Toc60147170)

[Bài 3: BỆNH LÝ TUỶ RĂNG 10](#_Toc60147171)

[Bài 4:BỆNH NHA CHU 14](#_Toc60147172)

[Bài 5: VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG 21](#_Toc60147173)

[Bài 6: VIÊM NHIỄM MIỆNG HÀM MẶT 24](#_Toc60147174)

[Bài 7: CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT 32](#_Toc60147175)

[PHẦN II: MẮT 47](#_Toc60147176)

[Bài 1: GIẢI PHẪU SINH LÝ CƠ QUAN THỊ GIÁC 47](#_Toc60147177)

[Bài 2: THỊ LỰC VÀ KHÚC XẠ 61](#_Toc60147178)

[Bài 3: CHẮP LẸO 66](#_Toc60147179)

[Bài 4: VIÊM KẾT MẠC 69](#_Toc60147180)

[Bài 5: VIÊM LOÉT GIÁC MẠC 74](#_Toc60147181)

[Bài 6: VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO 82](#_Toc60147182)

[Bài 7: BỆNH GLOCOM (GLAUCOME) 87](#_Toc60147183)

[Bài 8: ĐỤC THẺ THỦY TINH 95](#_Toc60147184)

[Bài 9: BỎNG MẮT 98](#_Toc60147185)

[Bài 10: CHÂN THƯƠNG MẮT 102](#_Toc60147186)

[PHẦN 3: TAI-MŨI-HỌNG 110](#_Toc60147187)

[Bài 1: PHƯƠNG PHÁP KHÁM TAI-MŨI-HỌNG 110](#_Toc60147188)

[Bài 2: VIÊM MŨI, CHẢY MÁU MŨI 114](#_Toc60147189)

[Bài 3 : UNG THƯ VÒM MỮI HỌNG 119](#_Toc60147190)

[Bài 4: VIÊM V.A CẤP, VIÊM A 123](#_Toc60147191)

[Bài 5: DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ, DỊ VẬT THỰC QUẢN 128](#_Toc60147192)

[Bài 6: VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP 134](#_Toc60147193)

[Bài 7: VIÊM XOANG 141](#_Toc60147194)

[Bài 8: BIẾN CHỨNG NỘI SỌ DO TAI. 146](#_Toc60147195)

[PHẦN IV: NGỦ QUAN Y HỌC CỔ TRUYỀN 150](#_Toc60147196)

[Bài 1: ĐẠI CƯƠNG BỆNH TAI 150](#_Toc60147197)

[Bài 2: VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH 155](#_Toc60147198)

[Bài 3: VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH 157](#_Toc60147199)

[Bài 4: Ù TAI, ĐIÉC TAI 160](#_Toc60147200)

[Bài 5: NHỌT ỐNG TAI NGOÀI 164](#_Toc60147201)

[Bai 6: CÂM ĐIẾC 166](#_Toc60147202)

[Bài 7: ĐẠI CƯƠNG BỆNH MŨI 168](#_Toc60147203)

[Bài 8: VIÊM MŨI CẤP TÍNH 175](#_Toc60147204)

[Bài 9: VIÊM MŨI MẠN TÍNH 177](#_Toc60147205)

[Bài 10: VIÊM MŨI DỊ ỨNG 181](#_Toc60147206)

[Bài 11: VIÊM XOANG 186](#_Toc60147207)

[Bài 12: ĐẠI CƯƠNG BỆNH HẦU HỌNG 188](#_Toc60147208)

[Bài 13: VIÊM HỌNG 193](#_Toc60147209)

[Bài 14: VIÊM AMIDAN 198](#_Toc60147210)

[Bài 15: VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG 201](#_Toc60147211)

[Bài 16: VIÊM LỢI 203](#_Toc60147212)

[Bài 17: NHA CHU VIÊM 205](#_Toc60147213)

[Bài 18: SÂU RĂNG 207](#_Toc60147214)

[Bài 19: ĐẠI CƯƠNG BỆNH MẮT 209](#_Toc60147215)

[Bài 20: LẸO MẮT 210](#_Toc60147216)

[Bài 21: VIÊM KẾT MẠC 211](#_Toc60147217)