

Số: /QĐ-YTNH

Ninh Hòa, ngày tháng 11 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị chuyên ngành Tai-Mũi-Họng
Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

Căn cứ Quyết định số 2197/QĐ-UBND, ngày 03 tháng 8 năm 2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa trên cơ sở sáp nhập Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình thị xã Ninh Hòa vào Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa;

Căn cứ Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 21/2013/TT-BYT, ngày 08 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng;

Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc và điều trị của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là 04 phác đồ chuyên ngành Tai-Mũi-Họng thực hiện tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Phác đồ xử trí Viêm mũi xoang cấp tính;
- Phác đồ xử trí Viêm tai giữa cấp tính;
- Phác đồ xử trí Viêm tai giữa mạn tính;
- Phác đồ xử trí Viêm mũi họng cấp.

Điều 2. Phác đồ điều trị này được áp dụng tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa và các đơn vị trực thuộc, giao cho Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các đơn vị trực thuộc chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Lưu: VT, KHNH.

GIÁM ĐỐC

Trịnh Tiến Khoa

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng 11 năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn.

Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có: cấp tính (từ 4 tuần trở lại), bán cấp tính (4-12 tuần) và mạn tính (trên 12 tuần). Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính) và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát.

II. NGUYÊN NHÂN

Viêm mũi xoang do các nhóm nguyên nhân chính như sau:

1. Sau cảm cúm (viêm nhiễm virus đường hô hấp trên)

Viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn cấp tính điển hình thường bắt đầu với viêm nhiễm virus đường hô hấp trên kéo dài hơn 10 ngày. Trong một số trường hợp, viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính thứ phát do hậu quả của sự bít tắc lỗ thông mũi xoang (do phù nề niêm mạc) và có thể do sự tổn thương hệ thống màng nhầy lông chuyển. Kết quả cuối cùng là ứ đọng chất nhầy trong xoang và tạo ra môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm *Streptococcus Pneumonia*, *Haemophilus Influenza*, và *Moraxella Catarrhalis*.

2. Các nguyên nhân khác

- Dị ứng.
- Trào ngược dạ dày - thực quản.
- Hít phải các chất kích thích (bụi, khói thuốc lá, hóa chất...).
- Bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuộn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).
- VA quá phát.
- Chấn thương mũi xoang.
- Các khối u vòm mũi họng.
- Bệnh toàn thân: Suy giảm miễn dịch, rối loạn chức năng lông chuyển, bệnh xơ nang (Cystic fibrosis)...

III. CHẨN ĐOÁN VIÊM MŨI XOANG CẤP TÍNH DO VI KHUẨN

1. Chẩn đoán xác định

Triệu chứng lâm sàng

Cần phải nghi ngờ viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính:

- + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
- + Sung và nề vùng mặt
- + Tắc ngạt mũi
- + Chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau.
- + Ngủ kém hoặc mất ngủ
- + Có mủ trong hốc mũi
- + Sốt

- Các triệu chứng phụ:

- + Đau đầu
- + Thở hôi
- + Mệt mỏi
- + Đau răng
- + Ho
- + Đau nhức ở tai

- Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn...

Thăm khám nội soi: Phương pháp nội soi mũi là cần thiết để xác định viêm mũi xoang. Những dấu hiệu có giá trị bao gồm: mủ nhầy tại phức hợp lỗ ngách và ngách sàng bướm, sự phù nề, sung huyết... niêm mạc mũi. Đối với viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn, nội soi rất hữu ích cho chẩn đoán và lấy bệnh phẩm từ khe giữa.

Triệu chứng cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh:
- Chụp Xquang kinh điển (Hirtz,Blondeau)
- Xquang kinh điển có thể thấy các hình ảnh sau:
- Hình ảnh mờ thuần nhất hay không thuần nhất 1 hay nhiều xoang.
- Hình ảnh mức nước mức khí trong xoang.

Xét nghiệm máu:

- Trong những trường hợp viêm mũi - xoang không có biến chứng thì không cần thiết phải làm các xét nghiệm máu. Trong trường hợp viêm mũi- xoang nhiễm khuẩn thấy thay đổi trong công thức bạch cầu ,tăng neutrophin ngoài ra CRP tăng biểu hiện cho nhiễm khuẩn.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm mũi xoang cấp tính cần chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh khác gồm có: viêm mũi do virus (cảm cúm), đau nhức khớp thái dương hàm, đau đầu (bao gồm cả hội chứng đau nửa đầu - Migraine); đau răng, đau mũi, đau dây thần kinh V và khối u tân sinh trong xoang. Triệu chứng đau nhức vùng mặt, chảy mũi mủ, sung huyết mũi, ngủ giảm, đau răng và kém đáp ứng với thuốc co mạch có thể giúp phân biệt.

a. Viêm mũi do virus (cảm cúm)

Trong chẩn đoán viêm mũi xoang cấp, vấn đề khó khăn nhất là phân biệt nó với viêm mũi do virus vì diễn biến của bệnh và sự giống nhau về triệu chứng. Tuy nhiên, khi thăm khám thấy có mủ trong hốc mũi có thể nghĩ tới viêm mũi xoang

cấp. Đặc biệt phải nghĩ đến viêm xoang nếu các triệu chứng viêm mũi xấu đi sau 5 ngày hoặc kéo dài hơn 10 ngày. Triệu chứng cấp tính của một bên mắt cũng liên quan hơn tới viêm xoang.

b. Đau nhức khớp thái dương hàm

Đau nhức khớp thái dương hàm rất phổ biến và dễ bị nhầm lẫn với đau của viêm xoang. Đau nhức khớp thái dương hàm thường gây ảnh hưởng đến trí nhớ, trí tuệ, tinh thần và chất lượng cuộc sống.

c. Đau đầu và đau nửa đầu

Đau đầu và đau nửa đầu có thể rất dễ nhầm lẫn với đau do viêm xoang. Đau nửa đầu có đặc điểm là đau ở một bên và kéo dài từ 4-72 giờ. Sự xuất hiện của những cơn này thường ngắn và đáp ứng với thuốc chữa đau nửa đầu như là ergot alkaloids. Cảm giác căng ở vùng trán như đeo đai cùng với đau đầu đặc thù sẽ giảm đi ở những ngày sau đó.

d. Đau răng và đau dây thần kinh số V

Đau răng có thể là do viêm xoang và có thể nhầm với đau do viêm xoang. Đau dây thần kinh số V thường không phổ biến, nhưng có thể gây ra cơn đau nhói kịch phát theo đường đi của dây thần kinh V. Cảm giác này trái với triệu chứng đau kéo dài liên tục của viêm xoang.

e. U xoang

U xoang thường không phổ biến, nhưng với tiền sử tắc mũi và chảy máu mũi một bên cần chụp - X quang, u xoang được thể hiện ở một bên và xương bị ăn mòn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Đối với viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu là điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

Điều trị toàn thân:

- Kháng sinh nhóm B lactam:
 - + Cefazidim liều 0,5g – 2g/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC. Với trẻ em > 2 tuổi có thể dùng liều 30- 100mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày TMC, trẻ sơ sinh liều 25- 60mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày TMC hoặc
 - + Cefuroxim liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 10mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày hoặc
 - + Clamnat liều 25 – 60mg/kg/ngày tùy theo tình trạng người bệnh. Với trẻ em có thể dùng liều 40mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần / ngày hoặc
 - + Cefaclor liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : có thể dùng liều 20- 40mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày hoặc
 - + Cefalexin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : có thể dùng liều 25- 60mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.
- Kháng sinh nhóm Quinolon:
 - + Ciprofloxacin liều 250- 500mg/ ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

Kháng sinh nhóm Macrolid:

+Azithromycin liều 500mg/ ngày vào ngày 1, tiếp theo là 250mg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3-5 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg vào ngày 1, tiếp theo là 5mg/kg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3- 5 ngày.

* Trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm B lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid .

- Kháng viêm:

+ Dexamethazol liều 4- 8mg/ngày TB hoặc TMC. Với trẻ em liều 6- 40 Microgam/kg/ngày TB hoặc TMC.

+ Methylprednisolon liều thường dùng 6- 40mg/ngày uống, 10-40mg/ngày TMC hoặc TB. Với trẻ em liều 1-2mg/kg/ngày uống, 0.5mg/kg/ngày TMC hoặc TB.

+ Prednisolon 5mg liều thường dùng 5-60mg /ngày tùy tình trạng người bệnh chia làm 2 -4 lần mỗi ngày. Với trẻ em liều 0,14- 2mg/kg/ngày làm 4 lần.

+ Giảm đau, hạ sốt:

+ Paracetamol liều 325- 650mg mỗi 4- 6 giờ hoặc 500mg mỗi 6 – 8 giờ nhưng không quá 4g/ ngày. Với trẻ em liều 10-15mg/kg x 2-3 lần/ ngày tùy tình trạng người bệnh.

- Kháng histamin:

+ Fexofenadin liều 60mg uống 2 viên/ngày x 5 ngày (người lớn)

+ Clorpheniramin dùng 1mg, 2 lần/ngày(trẻ em).

+ Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.

+ Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân) Benita.

+ Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn mũi và tan nhầy.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

2. Biến chứng

a. Viêm nhiễm ổ mắt

Hốc mắt được ngăn cách với xoang sàng bởi xương giấy vụn rất mỏng và dễ bị rạn nứt. Mặt khác hệ thống tĩnh mạch mắt có liên hệ với mạch sàng, bởi vậy nhiễm khuẩn hốc mắt là biến chứng phổ biến nhất của viêm xoang cấp. Tỷ lệ mắc biến chứng của hốc mắt ở trẻ nhỏ thường cao hơn so với ở người lớn. Một số nhiễm khuẩn hốc mắt do biến chứng của viêm xoang là: phù nề, viêm nhiễm ở mi mắt; viêm mô tế bào ổ mắt; viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

b. Viêm màng não

Viêm màng não thường xảy ra do nhiễm khuẩn từ xoang sàng và xoang bướm. Khi thăm khám, bệnh nhân có biến chứng này có thể giảm hoặc không đáp ứng với

các kích thích. Có thể có các dấu hiệu của viêm màng não như Kernig và Brudzinski (+). Nếu phát hiện viêm màng não do biến chứng của viêm xoang, cần phải chụp CT Scanner não, CT Scanner xoang và chọc rò tủy sống giúp chẩn đoán.

c. Áp xe ngoài màng cứng

Áp xe ngoài màng cứng là sự tích tụ mủ giữa xương sọ và màng cứng, điển hình liên quan đến viêm xoang trán. Một mặt do viêm nhiễm trực tiếp từ xoang lan rộng, mặt khác theo đường máu, có thể dẫn tới viêm mủ dưới màng cứng và cuối cùng dẫn tới áp xe não.

d. Tắc tĩnh mạch xoang hang

Cục huyết khối nhiễm khuẩn từ mắt có thể chảy về phía sau thông qua hệ tĩnh mạch mắt tới xoang hang, gây ra nhiễm khuẩn, viêm nhiễm và cuối cùng là nghẽn mạch xoang. Bệnh nhân có những triệu chứng ở mắt như: phù kết mạc, đồng tử phản ứng chậm chạp, liệt mắt và mù lòa.

e. Khối sưng phòng của Pott

Nếu viêm nhiễm trong xoang trán lan đến tủy xương trán, hiện tượng viêm xương tủy khu trú kết hợp với phá hủy xương có thể gây ra khối sưng mềm vùng trán được mô tả kinh điển là khối sưng phòng của Pott.

VI. PHÒNG BỆNH

- Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hóa chất...).
- Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.
- Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuốn giữa, quá phát móm móc, bóng sàng).
- Nạo VA quá phát.
- Điều trị các khối u vòm mũi họng.
- Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng 11 năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa mà còn lan đến xương chũm, các tế bào quanh mê đạo và đỉnh xương đá, thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa,.. thời gian kéo dài dưới 3 tháng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu, ít khi viêm nhiễm xâm nhập bằng đường máu hoặc đường bạch huyết.
- Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- *Giai đoạn đầu:*

- + Sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều kèm theo sốt cao 40°C.
- + Khám màng nhĩ : Thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.

- *Giai đoạn toàn phát:* Mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:

Màng nhĩ chưa vỡ

* *Triệu chứng chức năng:*

- Đau tai mỗi ngày một tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập của mạch, đau lan ra sau tai, ra vùng sau thái dương hoặc xuống răng làm cho bệnh nhân không ngủ được.

- Nghe kém

- Ù tai

- Cảm giác đầy tai

- Chóng mặt,....

* *Triệu chứng toàn thân:* Nhiệt độ lên cao và sẽ xuống khi mủ được dẫn lưu. Trẻ em nhỏ sốt cao có thể vật vã, co giật, ..

* *Triệu chứng thực thể:*

- Màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng, không thấy cán búa, không thấy mỏm ngắn. Màu sắc của màng nhĩ hòa lẫn với màu sắc của da ống tai.

- Mức độ nặng hơn màng nhĩ sẽ phồng lên. Riêng đối với những màng nhĩ bị xơ hóa, màng nhĩ của người già, màu sắc sẽ không đỏ mà lại trắng bệch, có nhiều

mạch máu đỏ tỏa ra từ cán búa.

- Xương chũm có vẻ bình thường, nhưng nếu ấn vào đáy bệnh nhân sẽ kêu đau.
- Khám mũi và họng có thể cho chúng ta thấy nguyên nhân của bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm VA, viêm Amydal.

Màng nhĩ vỡ

- Màng nhĩ có thể vỡ do thầy thuốc chích để tháo mủ, hoặc vỡ tự phát do sức ép của mủ vào khoảng ngày thứ tư. Để cho màng nhĩ tự vỡ không tốt bằng chích rạch vù hai ly do sau:

- + Lỗ vỡ xuất hiện muộn, mủ tích tụ trong nhiều ngày có thể gây ra bệnh tích xương.
- + Lỗ vỡ thường ở cao và nhỏ, dẫn lưu mủ không tốt, tạo điều kiện cho viêm kéo dài.

**Triệu chứng chức năng và toàn thân:* Các triệu chứng bớt hẳn, bệnh nhân không đau tai nữa, nhiệt độ bình thường.

** Triệu chứng thực thể:* ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc, phải lau sạch mới thấy được màng nhĩ

- Lỗ thủng màng nhĩ sẽ khác nhau tùy theo tai có được chích rạch hay không.

2. Cận lâm sàng

Xquang kinh điển tư thế Schuller: Dùng chủ yếu để chẩn đoán phân biệt

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng nhĩ đơn thuần
- Nhọt ống tai ngoài
- Zona tai
- Viêm ống tai ngoài đơn thuần hoặc viêm tai giữa kèm theo viêm ống tai ngoài.
- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn thân + màng nhĩ chưa thủng
- Điều trị toàn thân + màng nhĩ đã thủng → Làm thuốc tai
- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo
- Điều trị phòng ngừa biến chứng

2. Điều trị cụ thể

Tùy theo màng nhĩ có thủng hay chưa, cách điều trị có khác nhau

a. Điều trị toàn thân:

- Kháng sinh nhóm B lactam:
 - + Cefprozidim liều 0.5g – 2g/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC. Với trẻ em > 2 tuổi có thể dùng liều 30- 100mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày TMC, trẻ sơ sinh liều 25- 60mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày TMC hoặc
 - + Cefuroxim liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 10mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày hoặc
 - + Clamnat liều 25 – 60mg/kg/ngày tùy theo tình trạng người bệnh. Với trẻ em có thể dùng liều 40mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần / ngày.
 - + Cefaclor liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : Có

thể dùng liều 20- 40mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày hoặc

+ Cefalexin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : có thể dùng liều 25- 60mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Kháng sinh nhóm Quinolon:

+ Ciprofloxacin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

- Kháng sinh nhóm Macrolid:

+ Azithromycin liều 500mg/ ngày vào ngày 1, tiếp theo là 250mg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3-5 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg vào ngày 1, tiếp theo là 5mg/kg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3- 5 ngày.

* Trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm B lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid .

- Kháng viêm:

+ Dexamethazol liều 4- 8mg/ngày TB hoặc TMC. Với trẻ em liều 6- 40 Microgam/kg/ngày TB hoặc TMC hoặc

+ Methylprednisolon liều thường dùng 6- 40mg/ngày uống, 10-40mg/ngày TMC hoặc TB. Với trẻ em liều 1-2mg/kg/ngày uống, 0.5mg/kg/ngày TMC hoặc TB.

+ Prednison 5mg liều thường dùng 5-60mg /ngày tùy tình trạng người bệnh chia làm 2-4 lần mỗi ngày .Với trẻ em liều 0,14-2mg/kg /ngày chia làm 4 lần.

- Giảm đau, hạ sốt:

+ Paracetamol liều 325- 650mg mỗi 4- 6 giờ hoặc 500mg mỗi 6 – 8 giờ nhưng không quá 4g/ ngày. Với trẻ em liều 10-15mg/kg x 2-3 lần/ ngày tùy tình trạng người bệnh.

b. Màng nhĩ chưa thủng

Điều trị bằng thuốc tại chỗ: Dùng một số thuốc nhỏ tai có tác dụng giảm sung huyết tại chỗ: Polymycin,...

Chích rạch màng nhĩ

- Triệu chứng toàn thân xấu: Nhiệt độ cao, mất ngủ, bộ mặt nhiễm trùng.

- Ở trẻ nhỏ bị viêm tai, khi có triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy.

- Triệu chứng cơ năng: Đau tai, nhức nửa bên đầu và nghe kém.

- Triệu chứng thực thể: Màng nhĩ căng phồng.

- Có những phản ứng đáng ngại như triệu chứng màng não, triệu chứng viêm xương chũm,..

- Viêm tai giữa cấp tính đã kéo dài trên bốn ngày và không tự vỡ.

c. Màng nhĩ đã thủng

- Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hằng ngày. Hút rửa tai và nhỏ tai các loại kháng sinh, kháng viêm như Hydrocortisol và Chloramphenicol

- Theo dõi tình hình của lỗ thủng và lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân.

- Nếu sau bốn tuần mà mủ vẫn tiếp tục chảy phải nghĩ đến nguyên nhân: viêm mũi xoang, viêm xương chũm, viêm vòm mũi họng.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu mủ dẫn lưu tốt, cơ thể có sức đề kháng cao thì viêm tai giữa cấp tính

mủ có xu hướng đi đến lành bệnh.

- Nếu mủ không dẫn lưu tốt, nếu mủ độc của vi trùng quá mạnh, bệnh sẽ kéo dài hoặc sinh ra các biến chứng.

- Biến chứng cấp tính: Viêm xương chũm, viêm mê nhĩ, viêm màng não,....

- Biến chứng kéo dài: Hay còn gọi là sự chuyển thành viêm tai mạn tính là hậu quả của việc không điều trị hoặc điều trị không đúng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyệt đối không xì mũi bằng cách bịt cả hai lỗ mũi cùng một lúc, phải bịt một bên và để hở bên kia cho mũi và dịch thoát ra ngoài.

- Không nên bơi lội khi viêm mũi, viêm xoang. Nên điều trị viêm mũi, viêm xoang càng sớm càng tốt.

- Nên nạo VA v cắt amydal ở những trẻ em hay bị viêm tai tái phát.

- Ở những em bé bị sởi, bị cúm, bị thương hàn phải khám màng nhĩ thường xuyên.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng 11 năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa, màng nhĩ bị thủng, chảy dịch tai, phù nề niêm mạc trong tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào).

II. NGUYÊN NHÂN

- Do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*. Những trường hợp khác bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*.

- Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt. Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây như: cúm, sởi,... Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy: Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc vào những đợt viêm V.A, mủ chảy ra nhầy, dính, không thối, chưa ảnh hưởng nhiều đến sức nghe.

- Viêm tai giữa mạn tính mủ: Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatoma, nghe kém truyền am ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: Sốt cao và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng rõ rệt: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược. Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co giật,... Nghe kém tăng lên vì tổn thương cả đường khí và đường xương. Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu, ù tai và chóng mặt.

b. Cận lâm sàng

- Khám tai: Mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatoma (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan). Màng nhĩ có thể bị phồng, xẹp lõm vào trong, bị thủng, bờ lỗ thủng nhám nhở, đáy hòm nhĩ bần, có thể polyp ở Hòm nhĩ.

- Đo thính lực để đánh giá sức nghe

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài

- Viêm tủy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai

- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp tính

- Viêm tai giữa sau lao phổi
- Viêm tai giữa do xoắn khuẩn bệnh giang mai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích là để kiểm soát sự nhiễm trùng và loại bỏ dịch tiết ứ đọng trong tai giữa (nhầy, mủ,..) và phẫu thuật để phục hồi chức năng nghe.
- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.
- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.
- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

2. Điều trị cụ thể

*** Điều trị toàn thân: (dùng trong đợt cấp của viêm tai giữa mạn tính)**

- Kháng sinh nhóm B lactam:
 - + Cefotaxim liều 0.5g – 2g/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC. Với trẻ em > 2 tuổi có thể dùng liều 30- 100mg/kg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC, trẻ sơ sinh liều 25- 60mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày x 5-7 ngày TMC hoặc
 - + Cefuroxim liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 10mg/kg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày hoặc
 - + Clamoxyl liều 25 – 60mg/kg/ngày tùy theo tình trạng người bệnh. Với trẻ em có thể dùng liều 40mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần/ngày hoặc
 - + Cefaclor liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : có thể dùng liều 20- 40mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày hoặc
 - + Cefalexin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em : có thể dùng liều 25- 60mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.
- Kháng sinh nhóm Quinolon:
 - + Ciprofloxacin liều 250- 500mg/ ngày x 2 lần/ ngày x 5- 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.
- Kháng sinh nhóm Macrolid
 - + Azithromycin liều 500mg/ ngày vào ngày 1, tiếp theo là 250mg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3-5 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg vào ngày 1, tiếp theo là 5mg/kg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3- 5 ngày.
- * Trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm Beta lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid.
 - Có thể phối hợp với nhóm aminoglycosid.
 - + Tobramycin 80mg/2ml liều 2- 3mg/kg/ ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 6 - 7,5 mg/kg/ngày TB 01 lần/ ngày.
 - + Gentamycin 80mg/2ml liều 2- 5mg/kg/ ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 1,2- 2,4 mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày.
 - + Gentamycin 40mg/ ml liều 3mg/kg/ ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 1,2- 2,4 mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày.

- Kháng viêm
- + Dexamethazol: 4-8mg/ngày; Trẻ em liều 6- 40 Mcg/kg/ngày, TB/TMC.
- + Methylprednisolon liều thường dùng 6- 40mg/ngày uống, 10-40mg/ngày TMC/TB. Với trẻ em liều 1-2mg/kg/ngày uống, 0.5mg/kg/ngày TMC hoặc TB hoặc
- + Prednisolon 5mg liều thường dùng 5- 60mg/ngày tùy tình trạng người bệnh chia làm 2 – 4 lần mỗi ngày. Với trẻ em liều 0,14 – 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần.
- Giảm đau, hạ sốt
- + Paracetamol liều 325- 650mg mỗi 4- 6 giờ nhưng không quá 4g/ ngày. Với trẻ em liều 10-15mg/kg x 2-3 lần/ ngày tùy tình trạng người bệnh.
- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6- 10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô.
- Nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh như: Neomycin, hoặc ciprofloxacin. Có thể phối hợp với steroids để có tác dụng kháng viêm. Nhỏ tai 2- 4 lần/ngày. Dung dịch acid acetic 1,5% có thể được dùng nếu nhiễm vi khuẩn Pseudomonas.
- Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh viêm tai giữa. Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu,....

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Viêm tai giữa mạn tính nhầy mủ tiên lượng thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm.
- Viêm tai giữa mạn tính mủ ít khi bệnh tự khỏi thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

2. Biến chứng

- Viêm xương chũm.
- Lỗ thủng màng nhĩ không lành.
- Tạo nên khối cholesteatoma trong tai giữa.
- Xơ hóa màng nhĩ và niêm mạc tai giữa
- Chuỗi xương con bị phá hủy và dẫn đến điếc truyền âm.
- Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh số VII.
- Apxe ngoài màng cứng hoặc apxe não
- Tổn thương hệ thống tiền đình gây chóng mặt.
- Ở trẻ em, chậm phát triển ngôn ngữ và tiếng nói nếu bị cả hai tai.

VI. PHÒNG BỆNH

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm V.A, sâu răng,...
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo.
- Nếu đã bị viêm tai giữa mạn tính thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM MŨI HỌNG CẤP

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng 11 năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

1. Viêm mũi họng đỏ cấp đơn thuần hay kết hợp có bọt trắng: Có thể do vi khuẩn hoặc virus.

Do vi khuẩn

Chiếm 20-40% tổng số viêm mũi họng gồm:

- Liên cầu bê- ta tan huyết nhóm A,B,C,G.
- *Haemophilus influenzae*
- Tụ cầu vàng
- *Moraxella catarrhalis*
- Các vi khuẩn kỵ khí

Do virus

Chiếm 60-80% gồm:

- *Adenovirus*
- Virus cúm
- *Virus para - influenzae*
- Virus Coxsackie nhóm A hoặc B trong đó nhóm A gây viêm họng có bóng nước Herpangine.
- Virus Herpes gây viêm họng có bóng nước nhưng gây viêm miệng nhiều hơn ở họng.
- Virus Zona gây viêm họng có bóng nước Zona.
- Epstein Barr Virus (E.B.V) gây bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn và gây viêm mũi họng cấp tính.

2. Viêm mũi họng loét

- Chỉ xảy ra ở khoảng 5%.
- Thường bị một bên như viêm họng cấp Vincent, sảng giang mai, bị cả hai bên như viêm họng do các bệnh về máu như bệnh bạch cầu cấp, bệnh mất bạch

cầu hạt, viêm họng có giả mạc như viêm họng bạch hầu...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

Bệnh thường xảy ra đột ngột với các triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể như sau:

- Triệu chứng toàn thân: Có thể chỉ sốt vừa 38⁰C- 39⁰C nhưng cũng có khi sốt cao 40⁰C ở trẻ em, ớn lạnh, nhức đầu, đau mình mẩy, mệt mỏi, chán ăn, không làm việc được...

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

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

Cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần xác định nguyên nhân chính gây nên viêm mũi họng ở một số trường hợp như dị vật mũi gây viêm mũi cấp thường chỉ điều trị một bên, viêm mũi họng trong giai đoạn đầu một số bệnh nhiễm trùng lây như sởi, thủy đậu, cảm cúm... Lúc này điều trị bệnh chính gây ra là quan trọng chứ không chỉ triệu chứng về mũi họng...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất rằng tất cả mọi viêm mũi họng đỏ cấp, có chấm mủ trắng hay bựa trắng trên bề mặt amidan đều phải điều trị như viêm mũi họng đỏ cấp do liên cầu khi chưa có xét nghiệm phân loại vi khuẩn hay virus. Đó là điều trị kháng sinh, hạ sốt, kháng viêm, giảm đau, sát trùng họng và nhỏ mũi sát khuẩn, co mạch, chống dị ứng...

2. Sơ đồ/Phác đồ điều trị

Dù chưa có xét nghiệm vi trùng, virus, kháng sinh đồ, kháng virus đồ thì chúng ta cũng phải điều trị kháng sinh ngay cho kịp thời, khi có kết quả xét nghiệm (thường sau 3,4 ngày) ta lại điều chỉnh phù hợp kháng sinh đồ.

- Kháng sinh.

- Hạ sốt giảm đau.
- Giảm viêm.
- Điều trị kháng sinh theo đúng kháng sinh đồ.
- Chế độ ăn uống và sinh tố nâng cao thể trạng.

3. Điều trị cụ thể

Kháng sinh

- Kháng sinh nhóm B lactam:
 - + Cefazidim liều 0.5g – 2g/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC. Với trẻ em > 2 tuổi có thể dùng liều 30- 100mg/kg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày TMC, trẻ sơ sinh liều 25- 60mg/kg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày TMC hoặc
 - + Cefuroxim liều 250 – 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 10mg/kg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày hoặc
 - + Clamnat liều 25 – 60mg/kg/ngày tùy theo tình trạng người bệnh. Với trẻ em có thể dùng liều 40mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần/ngày hoặc
 - + Cefaclor liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 20- 40mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày hoặc
 - + Cefalexin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Với trẻ em: có thể dùng liều 25- 60mg/kg/ ngày x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.
- Kháng sinh nhóm Quinolon:
 - + Ciprofloxacin liều 250- 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5- 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.
- Kháng sinh nhóm Macrolid:
 - + Azithromycin liều 500mg/ngày vào ngày 1, tiếp theo là 250mg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3-5 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg vào ngày 1, tiếp theo là 5mg/kg/ngày, mỗi ngày 1 lần trong 3- 5 ngày.
- * Trong trường hợp nhiễm khuẩn dùng nhóm B lactam, nếu dị ứng thì dùng nhóm macrolid
- Có thể phối hợp với nhóm aminosid:
 - + Tobramycin 80mg/2ml liều 2- 3mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 6 - 7,5 mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày.
 - + Gentamycin 80mg/2ml liều 2- 5mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 1,2- 2,4 mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày.
 - + Gentamycin 40mg/ml liều 3mg/kg/ ngày TB 01 lần/ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 1,2- 2,4 mg/kg/ngày TB 01 lần/ngày.
- Tốt nhất là điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả xét nghiệm sớm, phải thay đổi thuốc kịp thời.

Hạ sốt, giảm đau, kháng viêm

- Kháng viêm
 - + Dexamethazol liều 4- 8mg/ngày TB hoặc TMC. Với trẻ em liều 6- 40 Microgam/kg/ngày TB hoặc TMC.
 - + Methylprednisolon liều thường dùng 6- 40mg/ngày uống, 10-40mg/ngày TMC hoặc TB. Với trẻ em liều 1-2mg/kg/ngày uống, 0.5mg/kg/ngày TMC hoặc TB.
 - + Prednisolon 5mg liều thường dùng 5- 60mg/ngày tùy tình trạng người bệnh

chia làm 2 – 4 lần mỗi ngày. Với trẻ em liều 0,14 – 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần.

- Giảm đau, hạ sốt:

+ Paracetamol liều 325- 650mg mỗi 4- 6 giờ hoặc 500mg mỗi 6 – 8 giờ nhưng không quá 4g/ ngày. Với trẻ em liều 10-15mg/kg x 2-3 lần/ngày tùy tình trạng người bệnh.

Chế độ dinh dưỡng, sinh tố

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

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Diễn biến, tiên lượng

- Nếu viêm mũi họng do virus thì chỉ sau 3-5 ngày là tự khỏi, các triệu chứng giảm dần rồi hết.

- Nếu viêm mũi họng do virus bị bội nhiễm đặc biệt bội nhiễm liên cầu bệnh sẽ kéo dài hơn, cần điều trị kháng sinh có hệ thống nếu không dễ bị biến chứng...

2. Biến chứng

- Biến chứng tại chỗ: Viêm tấy, áp xe quanh amidan, áp xe thành sau, thành bên họng, biến chứng viêm mũi xoang cấp, viêm tấy hoại thư vùng cổ họng ít gặp, nhưng nếu gặp thì tiên lượng rất nặng.

- Biến chứng gần: Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp, viêm xoang cấp.

- Biến chứng xa: Viêm cầu thận, viêm khớp, viêm màng tim, choáng nhiễm độc liên cầu, hoặc có thể nhiễm trùng máu...

VI. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao mức sống để tăng sức đề kháng cơ thể, sống trong môi trường trong sạch, không ô nhiễm...

- Phòng hộ lao động tốt, chống bụi, chống nóng, bỏ thuốc lá, bỏ rượu, vệ sinh răng miệng tốt, tiêm chủng mở rộng triệt để cho trẻ em, điều trị tích cực các bệnh mũi xoang, viêm họng, viêm amidan, VA bệnh nhân đang mắc mạn tính...

- Điều trị viêm mũi họng cấp tính đúng quy cách tránh biến chứng xảy ra...

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng./.