MỤC LỤC

**MẮT**

[1/ CHẤN THƯƠNG MẮT 3](#_Toc24522938)

[2/ VIÊM KẾT MẠC CẤP 5](#_Toc24522939)

[3/ BỎNG MẮT 7](#_Toc24522940)

**RĂNG HÀM MẶT**

[4/ VIÊM NƯỚU VÀ NHA CHU 9](#_Toc24522941)

[5/ VIÊM MÔ TẾ BÀO 11](#_Toc24522942)

[6/ QUAI BỊ 14](#_Toc24522943)

**TAI MŨI HỌNG**

[7/ VIÊM TAI GIỮA CẤP 16](#_Toc24522944)

[8/ ABCES QUANH AMYDAL 17](#_Toc24522945)

[9/ DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ 18](#_Toc24522946)

[10/VIÊM MŨI XOANG CẤP 20](#_Toc24522947)

# 1/ CHẤN THƯƠNG MẮT

1. **NGUYÊN NHÂN:**

* Dị vật: Bụi, gỗ, kim loại,…
* Đụng dập:
* Bỏng: acid, bazơ,...
* Xuyên thủng: Cây đinh, cọng kẽm,…

1. **KHÁM BỆNH**

* **LÂM SÀNG**

1. **Khám mi mắt và các bộ phận phụ:**

* Tìm vết rách, đường vào

1. **Khám phần trước nhãn cầu:**

* Kết mạc, giác mạc, tiền phòng, mống mắt, đồng tử, góc tiền phòng, thủy tinh thể, đo nhãn áp. Tìm vết rách, xước, phù, xuất huyết tiền phòng, đứt chân mống mắt, phòi kẹt mống, lệch, sa, vỡ thủy tinh thể.

1. **Khám phần sau nhãn cầu:** Pha lê thể, võng mạc

* Có đục, có xuất huyết pha lê thể
* Có phù, xuất huyết, rách, bong võng mạc
* Thị thần kinh: Tức thì: Ít hồi phục, thường dẫn đến teo thị. Sau 24-48 giờ chèn ép, phẫu thuật giải áp.

1. **Đánh giá vận nhãn:** Khi đã chắc chắn không thủng nhãn cầu

* **CẬN LÂM SÀNG:** XQ, siêu âm tìm dị vật

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nguyên tắc:** Cấp cứu tại tuyến cơ sở để xử lý kịp thời vết thương hoặc theo dõi về mắt
3. **Tổn thương phần trước nhãn cầu**

* Xuất huyết dưới kết mạc: Sẽ thoái triển tự nhiên, xuất huyết nhiều có thể dùng thêm alphachymotrypsin 2v x 3 lần (uống)
* Trợt giác mạc: Col.tobrex hoặc col.ofloxaxin 0,3% x 6 lần, băng che mắt.
* Xuất huyết tiền phòng: Nghỉ ngơi, uống nhiều nước, tan máu bầm, theo dõi nhãn áp. Nếu máu tiền phòng không rút hoặc ứ đọng nhiều cần can thiệp ngoại khoa
* Tổn thương mống mắt: Theo dõi nếu có phòi mống cần phẩu thuật ngay
* Tổn thương thủy tinh thể: Điều trị nội khoa ổn mới can thiệp phẩu thuật nếu thủy tinh thể bị vỡ, lệch, chỉ mổ sớm khi sa thủy tinh thể làm tăng nhãn áp

1. **Tổn thương sau nhãn cầu**

* Xuất huyết pha lê thể: Cho nghỉ ngơi, uống nhiều nước, theo dõi máu tiêu bằng siêu âm
* Tổn thương võng mạc và phù cực sau: Dùng corticoid toàn thân
* Rách võng mạc; Quang đông

1. **Tổn thương khác:**

* Điều trị các vết thương mi mắt, khâu phục hồi bờ mi, lệ đạo,…

1. **Theo dõi**: Theo dõi thị lực, nhãn áp trong nhiều tháng nhằm phát hiện các biến chứng thứ phát.

# 2/ VIÊM KẾT MẠC CẤP

Kết mạc thường xuyên tiếp xúc với hoàn cảnh bên ngoài nên dễ bị nhiễm khuẩn . Bệnh thường do Adenovirus và Enterovirus gây ra nên rất dễ lây lan thành dịch

1. **TRIỆU CHỨNG**
2. **Triệu chứng cơ năng**

* Mắt cộm , xốn ,cảm giác có bụi trong mắt
* Ngứa mắt, chảy nước mắt,rỉ ghèn

1. **Triệu chứng thực thể**

* Mi mắt sưng đỏ
* Kết mạc cương tụ nhiều ở cùng đồ kết mạc,mạch máu giãn to ,phù,xuất huyết dạng chấm kết mạc,có màng hoặc màng giả
* Có hột ở sụn kết mạc ,thường tôn tại khoảng một tháng .Bệnh thường xảy ra ở một mắt và sau đó vài ba ngày đến mắt thứ hai.

1. **Triệu chứng toàn thân**

* Sốt nhẹ hoặc không sốt
* Đau họng
* Đau hạch trước tai
* Người mệt mỏi,mất ngủ

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**
2. **Viêm loét giác mạc :**

* Giác mạc mờ đục
* Có ổ loét trên bề mặt giác mạc
* Cương tụ rìa giác mạc
* Thị lực giảm ,đau nhức ,sợ ánh sáng

1. **Viêm màng bồ đào**

* Phản xạ đồng tử kém
* Đồng tử dính
* Cương tụ rìa giác mạc
* Đau nhức,thị lực giảm

1. **Glaucoma**

* Cương tụ rìa giác mạc
* Đồng tử giãn rộng
* Đau nhức mắt ,đau nửa đầu cùng bên
* Thị lực giảm

1. **Bệnh mắt hột**

* Tình trang mạn tính
* Có hột điển hình ở kết mạc sụn mi
* Lông quặm ,màng mạch

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Thuốc điều trị**

* Dùng kháng sinh ,kháng viêm toàn thân ,nhỏ mắt Col-Tobradex 0,3% x 6 lần/ngày hoặc Maxtrol ,Neodex…
* Nếu ngứa cộm mắt nhiều có thể dùng co mạch ,kháng histamine Alegysal ngày 6 lần/lần 1-2 giọt
* Nhỏ nước mắt nhân tạo 4-8 lần/ngày trong 2-4 tuâng
* Nếu có giả mạc thì nhẹ nhàng bóc giả mạc và rửa sạch

1. **Vệ sinh mắt**

* Lau rửa hàng ngày bằng nước muối sinh lý hoặc nước sạch bằng khăn,gạc sạch
* Vệ sinh tay ,chân,toàn thân hằng ngày
* Không đưa tay dụi mắt

1. **THEO DÕI**

* Khám lại sau 1-3 tuần hoặc sớm hơn ,đặc biệt trong viêm kết mạc do virus 4-7 ngày đầu sau khởi phát thì tình trạng rất nặng và khỏi dần sau vài ba tuần

1. **PHÒNG BỆNH**

* Viêm kết mạc rất dễ lây lan ,có thể thành đại dịch thường vào khoảng 10-12 ngày sau khi bệnh khởi phát,do đó bệnh nhân không nên sờ tay lên mắt rồi bắt tay người khác,không dùng chung khăn ,chậu,,không tắm hồ bơi ,hạn chế tiếp xúc với người khác cho đến khi khỏi bệnh ,vệ sinh toàn thân ,luôn giữ tay sạch để tránh lây lan,trẻ nhỏ khi mắc bệnh nên cho nghỉ học cách ly

# 3/ BỎNG MẮT

**Tổn thương mắt do hóa chất có thể do độc, axit hay kiềm. Độ trầm trọng của các loại bỏng phụ thuộc vào nồng độ, thời gian tiếp xúc và độ PH**

1. **PHÂN LOẠI VÀ TIÊN LƯỢNG**

Tiên lượng của bỏng hóa chất của mắt được chỉ định bởi diện tích và độ trầm trọng của bỏng mí và phần phụ, sự trắng của chủ mô giác mạc và bỏng quanh rìa.

Để để tới tiên lượng chính xác hơn, có thể cẩn thận trì hoãn sự lượng giá này cho tới 48-72 giờ sau khi đau và phú đã giảm đi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cấp độ** | **Tổn thương** | **Tiên lượng** |
| **Nhẹ** | Giác mạc: Khuyết biểu mô, mờ nhẹ chủ mô trước  Kết mạc: Không có dấu hiệu khiếm dưỡng | Không có hay có ít sẹo giác mạc  Thị lực giảm 1-2 hàng so với trước |
| **Trung bình** | Giác mạc: Đục trung bình  Kết mạc: Có ít hay k có khiếm dưỡng | Sẹo giác mạc trung bình, tân mạch ngoại vi giác mạc  Thị lực giảm 2-7 hàng |
| **Trung bình nặng** | Giác mạc: Đục mờ, không nhìn rõ chi tiết mống  Kết mạc: Khiếm dưỡng < 1/3 chu vi rìa | Thời gian liền sẹo giác mạc kéo dài.  Giác mạc bị sẹo và có tân mạch  Thị lực: < 20/200 |
| **Nặng** | Giác mạc: Trắng mờ, không rõ chi tiết đồng tử  Kết mạc: Khiếm dưỡng từ 1/3-2/3 chu vi rìa | Thời gian liền sẹo giác mạc rất lâu với phản ứng viêm bên cạnh tần xuất cao của loét và thủng giác mạc  Trường hợp may mắn, sẹo và tân mạch giác mạc trầm trọng với thị lực ĐNT |
| **Rất nặng** | Giác mạc: Hoàn toàn trắng, không nhìn thấy đồng tử  Kết mạc: Khiếm dưỡng trên 2/3 chu vi rìa | Rất lâu lành  Chủ mô giác mạc thường biến thành mô hoại tử, loét và thủng giác mạc thường xảy ra, sẹo và tân mạch giác mạc rất trầm trọng. |

1. **XỬ TRÍ BAN ĐẦU**
2. Rửa mắt ngay lập tức với thật nhiều nước muối sinh lý hoặc lactatringer tối thiểu 30ph hoặc bắt cứ loại nước sạch nào có sẵn
3. Không dùng các dung dịch axid hay kiềm để trung hòa
4. 5 phút sau khi ngưng rửa, đặt miếng giấy quỳ vào cùng đồ để đo thử độ PH nước mắt, còn nếu axid hay kiềm thì tiếp tục rửa cho đến khi PH về trung tính.
5. Chuyển đi tuyến chuyên khoa
6. **ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO**
7. **Bỏng nhẹ:**

* Dùng tăm bông tẩm ướt để làm sạch cùng đồ trên và dưới, nếu là bỏng vôi thì tẩm tăm bông với sodium EDTA
* Nhỏ mắt với dung dịch Atropin 1-2%
* Bôi mỡ kháng sinh: Oflovid, tobrex,…
* Băng ép 24h
* Uống thuốc giảm đau và an định thần kinh
* Nếu nhãn áp quá cao dùng Diamox 250mg mỗi 6-12h

1. **Bỏng vừa và nặng**

* Cho bệnh nhân nhập viện
* Làm sạch các cặn bã và ngoại vật nếu có
* Atropin 1-2% nhỏ ngày 2-4 lần
* Steroid tại chỗ ( prednisone 1% mỗi 3-4h/ lần)
* Bôi mỡ kháng sinh
* Băng ép mắt giữa các lần nhỏ thuốc
* Theo dõi nhãn áp
* Chống dính: Tách dính kết mạc bằng que thủy tinh hoặc đeo contact lén mềm
* Nếu có teo sợi collagens dùng thêm acetylsteine 10-20% mỗi 4h

**Theo dõi:** Theo dõi kĩ hàng ngày để tránh giá lại các tổn thương, giảm liều corticoids sau 1 tuần.

# 4/ VIÊM NƯỚU VÀ NHA CHU

1. **ĐỊNH NGHĨA**

* Viêm nướu là một sự gia tăng kích thước của nướu răng thường gặp trong các bệnh lý nha chu.
* Viêm nướu là một bệnh phổ biến nhất trong số các bệnh về nướu và nha chu

1. **NGUYÊN NHÂN**

* Viêm nướu có nhiều nguyên nhân : viêm nướu ở tuổi dậy thì do rối loạn hooc môn ,do dùng thuốc phenitoin,do bệnh bạch cầu ,tiểu đường ,do cột hàm lâu ngày để cố định xương hàm gãy ,tình trạng vệ sinh răng miệng kém…nhưng thông thường nhất là do cao răng
* Bệnh viêm nướu do cao răng là một bệnh thường gặp do màng bám vi khuẩn tạo ra viêm và những kích thích tại chỗ hỗ trợ cho sự tích tụ màng bám

1. **LÂM SÀNG**

* Có sự phồng nhẹ các gai nướu hoặc viền nướu ,Sưng nướu rất đa dạng có thể sưng toàn bộ gai nướu viền nướu cũng như có thể khu trú ở một răng hay một nhóm răng.
* Dịch nướu tiết tiết ra nhiều
* Chảy máu nướu khi chải răng hoặc khi thăm dò bằng dụng cụ
* Nướu màu đỏ sậm hơn bình thường ,đôi khi bệnh nhân có cảm giác ngứa ở nướu răng

1. **CẬN LÂM SÀNG**

Chụp X- Quang : hình ảnh phim không có sự tiêu xương

1. **ĐIỀU TRỊ**

* Điều trị dự phòng : Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách,sử dụng chỉ nha khoa
* Loại bỏ các kích thích tại chỗ
* Lấy cao răng định kỳ 6 tháng/1 lần
* Thuốc : + kháng sinh Rodogy 4-6v /ngày hoặc Metrodinazole 200-400mg /ngày

+ Giảm đau : Paracetamol 500mg 1v X 3 lần/ngày

* Nước súc miệng Eludrin 0,12% súc miệng 3-4 lần trong ngày( không nuốt)
* Thời gian điều trị 3- 5 ngày.

# 5/ VIÊM MÔ TẾ BÀO

1. **ĐỊNH NGHĨA**

* Viêm mô tế bào lan tỏa xảy ra ở mô mềm ,quá trình nhiễm khuẩn không khu trú ở một vùng giải phẩu nhất định mà có khuynh hướng lan tỏa đến khoảng mô tế bào lân cận vùng mặt , cổ.
* Viêm mô tế bào vùng mặt cổ thường do biến chứng thứ phát từ ổ nhiễm khuẩn nguyên phát ở vùng tủy răng – vùng chóp và ở mô nha chu.. cũng có thể do viêm quanh răng, nhiễm khuẩn sau nhổ răng hoặc chấn thương gãy xương hàm…

1. **BỆNH HỌC**

* Nguyên nhân do răng : Thường do bệnh lý nhiễm khuẩn ở vùng tủy răng – vùng quanh chóp
* Nguyên nhân do mô cận răng : Thường là do viêm quanh thân răng lúc mới mọc,dặc biệt hay gặp ở răng khôn hàm dưới hoặc có thể viêm nha chu
* Nguyên nhân khác : ít gặp hơn: nhiễm khuẩn sau nhổ răng ,can thiệp phẫu thuật ,chấn thương…

1. **ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**
2. **Hỏi bệnh :**

* Bị sưng cách đay bao nhiêu ngày?
* Sốt ,nhức đầu,mệt mỏi?
* Sưng đau vùng răng ?

1. **Khám:**

* Thấy có khối sưng ở vùng răng nguyên nhân : đau tự phát,đau khi gõ dọc và răng lung lay là những triệu chứng thường gặp nhất .
* Khối sưng lấp đầy các rãnh lõm ở mặt ,da phủ bên ngoài căng bóng màu hồng hay đỏ ,đáy hành lang tương ứng chóp sưng đỏ phù nề
* Răng có lỗ sâu lớn ,răng có mủ chảy ra ở vùng cổ răng
* Trên lâm sàng thường thấy một răng vĩnh viễn chưa mọc và liên quan nhiều nhất ở vùng răng 8 .

1. **Cận lâm sàng** :

* Công thức máu
* Chụp X.quang

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. **Chẩn đoán xác định :**

* Lâm sàng : răng nguyên nhân chết tủy
* Cận lâm sàng : ( hình ảnh phim X.Quang)

+ Vùng thấu quang quanh chóp răng nguyên nhân có đường viền cản quang mảnh liên tục với phiến cứng xương ổ răng của chân răng nguyên nhân

+ Một hốc thấu quang tròn lớn 3-4mm bao quanh một thân răng ngầm

+ Công thức máu: Bạch cầu tăng

1. **Chẩn đoán phân biệt :**

* Viêm tuyến nước bọt
* Phù thần kinh mặt
* Viêm tấy hạch dưới hàm
* U phần mềm : u máu,u bạch mạch

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Điều trị tại chỗ :**

* Xử lý nguyên nhân : Tùy trường hợp mà quyết định nhổ răng hay giữ răng

+ Giữ lại răng : Điều trị mở tủy trống

+ Nhổ răng : Nhổ răng sau khi đã điều trị thuốc ổn định

* Rạch dẫn lưu mũ nếu có

1. **Điều trị toàn thân :**

* Kháng sinh , kháng viêm nâng cao thể trạng

1. Điều trị đặc hiệu :

* Nặng đau nhiều :

+ Điều trị mổ tủy ,thoát mủ

+ Benzyl PNC 300mg tiêm bắp mỗi 4-6h tại viện duy trì đến khi hết nhiễm trùng.

+ Prednisolone 5mg x 30 viên : ngày 3 lần/lần 2v

+ Para codein 500mg x 15v : ngày 3 lần/lần 1v

* Đau ít :

+ Erythromycin250mg x 20v : ngày 4 lần /lần 1v

+ Ibuprofene 400mg x 20v : ngày 4 lần/lần 1v

# 6/ QUAI BỊ

1. **ĐỊNH NGHĨA**

* Là bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi trùng thuộc nhóm Parammyxovirus gây ra đặc trưng là sưng tuyến nước bọt ( chủ yêu là tuyến mang tai ) đôi khi kèm viêm tuyến sinh dục ,viêm màng não,viêm tụy và một số cơ quan khác.

1. **KHÁM BỆNH**
2. **Hỏi bệnh :**

* Tiếp xúc với người bệnh quai bị trong 3 tuần
* Xung quanh có người bị quai bị
* Chủng ngừa quai bị,tiền căn
* Sốt ,sưng đau hàm 1 hoặc hàm 2 bên

1. **Lâm sàng :**

* Tuyến mang tai sưng bờ thường không rõ ,da trên tuyến sưng đỏ ,không nóng ,ấn đàn hồi,có thể kèm sưng tuyến dưới hàm và dưới lưỡi
* Lỗ stenon sưng đỏ ,đôi khi có giả mạc nhưng không có mủ

1. **Cận lâm sàng :**

* Siêu âm vùng tuyến mang tai : khi cần phân biệt với viêm hạch vùng hàm hay tuyến mang tai do vi trùng
* Xét nghiệm : CTM: Bạch cầu bình thường hoặc giảm,lympho tăng

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. **Chẩn đoán xác định** : gồm lâm sàng và dịch tễ

* Dịch tễ : Chưa chích ngừa quai bị ,chưa mắc bệnh quai bị,có tiếp xúc với bệnh nhân quai bị 2-3 tuần trước
* Lâm sàng: sưng tuyến mang tai 1 hoặc 2 bên,lỗ stenon sưng đỏ

1. **Chẩn đoán phân biệt :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vùng mang tai** | **Lỗ Stenon** |
| **Quai bị** | Đau sưng | Sưng đỏ |
| **Viêm hạch góc hàm** | Thường không đau | Không sưng đỏ |
| **Viêm tuyến mang tai** | Sưng,nóng,đỏ, đau | Sưng đỏ thường có mủ |

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nguyên tắc :**

* Điều trị triệu chứng
* Phát hiện và điều trị triệu chứng

1. **Tiêu chuẩn nhập viện** :

* Sốt cao không hạ
* Đau bụng nhiều
* Nôn ói nhiều

1. **Điều trị triệu chứng**

* Hạ sốt,giảm đau tuyến mang tai : Paracetamol 10-15mg/kg x 3-4 lần/ngày
* Ăn lỏng,mềm,dễ nuốt
* Chăm sóc vệ sinh răng miệng

1. **Điều trị biến chứng viêm tinh hoàn**

* Nâng đỡ tại chỗ ,nghỉ ngơi ,hạn chế vận động
* Prednisolon 5mg/kg /ngày x 7-10 ngày

1. **Theo dõi :**

* Tái khám sau 3-5 ngày
* Khám lại ngay khi có dấu hiệu nặng : đau bụng , nôn ói, bìu sưng đỏ
* Chăm sóc tại nhà :

+ Nghỉ học 07 ngày

+ cách ly,tránh tiếp xúc với người xung quanh

+ Không bôi đắp lên vùng tuyến mang tai

# 7/ VIÊM TAI GIỮA CẤP

***Viêm tai giữa cấp là tình trạng nhiễm trùng cấp tính xảy ra trong 3 tuần đầu của tai giữa. nhiễm trùng lúc đầu chỉ giới hạn ở niêm mạc của hòm tai, sau đó có thể lan rộng vào hệ thống niêm mạc của thông bào xương thái dương, hay lan sâu xuống cốt mạc và các thành xương của hòm nhĩ.***

* **NGUYÊN NHÂN:**

1. Viêm tai giữa do vi trùng rất phổ biến có thể viêm tai giữa xung huyết đơn giản nhưng cũng có thể viêm tai mủ

Về vi khuẩn học:

* Streptococcus pneumonia 35%
* Heamophylus influenza 23%
* Moxarellacatarrhhails 14%
* Streptococcus nhóm A 1%

1. Rối loạn chức năng vòi nhĩ
2. Dị ứng- miễn dịch
3. Chấn thương do áp suất
4. Các hóa chất trung gian gây viêm

Vai trò của siêu vi chưa được xác định rõ rang có lẽ siêu vi gây tổn thương niêm mạc tạo điều kiện thuận lợi cho vi trùng phát triển

* **LÂM SÀNG:**
* Cơ năng: khởi phát nhanh
* Đau tai
* Sốt
* Thực thể: màng nhĩ đỏ
* Khi nhiễm trùng tiến triển, mủ và chất xuất tiết ứ lại trong tai giữa, màng nhĩ thường mờ đục có thể phồng ra. Màng nhĩ có thể vỡ cho phép mủ chảy ra ống tai ngoài
* Màng nhĩ di động kém
* Nhĩ lược đồ phẳng
* Thính lực đồ nghe kém dẫn truyền
* **ĐIỀU TRỊ:**
* Kháng sinh: amox, amox+ a.clavulanic
* Chọc hút dịch qua màng nhĩ
* chích rạch màng nhĩ
* can thiệp phẩu thuật.

# 8/ ABCES QUANH AMYDAL

Abces quanh amydal là sự mưng mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bọc amydal

1. **TRIỆU CHỨNG**
2. **Giai đoạn đầu**

Khởi phát bằng đau họng vài ngày rồi bớt nhưng không hết hẳn ,sau đó đau họng trở lại ,đau lan lên tai ,sốt 38-39 độ C ,vẻ mặt nhiễm trùng.

1. **Giai đoạn khởi phát**
2. Cơ năng

* Đau là chính,thường bệnh nhân nghiêng đầu về một bên cho đỡ đau
* Chảy nước bọt nhiều
* Giọng ngậm hạt thị
* Hơi thở hôi

1. Toàn thân

* Sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng

1. Thực thể

* Há miệng hạn chế
* Họng đỏ, một bên đỏ bầm và sưng to,1/2 màn hầu và 1/3 trên trụ trước sưng phồng ,lưỡi gà sưng,amydal sưng bị đẩy vào trong sau và dưới
* Chọc hút: có mủ

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nội khoa :**

Kháng sinh :

- Amox + a.clavulanic( Augmentin ,Curam ) uống 30-50mg/kg/ngày

- Cefuroxim uống 10-20mg/kg/ngày

- Có thể dùng đường tiêm các thuốc trên hay các dạng thuốc mạnh hơn như Ceftriaxon 2g/ngày, Cefotaxim 2-3g/ngày ,Cefoperazon 2g/ngày tiêm TMC

- Phối hợp them kháng sinh Metronidazol 0.5 – 1g/ ngày Truyền TM

- Kháng Histamin :Loravidin 10mg 1v/ngày hay Telfast 60mg 2v/ngày

- Giảm đau :Paracetamaol truyền TM

**2. Ngoại khoa :**

Rach ổ dẫn lưu mổ ,đặtmefche dẫn lưu

Cắt Amydal sau 3 tháng khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định

# 9/ DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

**Dị vật đường thở là những vật rơi vào thanh khí phế quản gây ra những biến chứng nguy hiểm.dị vật đường thở là một cấp cứu tai mũi họng thường gặp,nếu không chuẩn đôán và xử trí kịp thời dễ gây tử vong, hay gặp ở trẻ từ 3 đến 6 tháng tuổi.**

**Nguyên nhân thường gặp**: hạt trái cây, viên vi, sữa bột, xương cá, răng giả,viên thuốc …

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. **Lâm sàng:**

Điển hình của dị vật đường thở là hội chứng xâm nhập. đó là một phản xạ bảo vệ ủa cơ thể tìm cách tống dị vật ra ngoài( bệnh nhân khó thở, tím tái, ho sặc sụa)

1. Dị vật thanh quản:

Khó thở thanh quản: khó thở chậm, khó thở thì hít vào, khó thở có tiếng rít

Khan tiếng hay mất tiếng

1. Dị vật khí quản:

Khó thở cả 2 thì: có thể tạo nên tiếng “ lật phật cờ bay”

1. Dị vật phế quản:

Tức ngực,đau ngực, cảm giác khó thở 1 bên phổi

1. Dị vật bỏ quên:

Triệu chứng giống viêm phế quản mãn tính hoặc lao phổi

1. **Cân lâm sàng:**

Tùy theo tính chất của dị vật, vị trí dị vật, bệnh nhân đến sớm hay muộn mà có các triệu chứng khác nhau như đã nêu ở trên

x-quang phổi thẳng nghiêng

1. **ĐIỀU TRỊ**

* **Soi thanh- khí - phế quản:**
* Gây mê tĩnh mạch sử dụng thuốc dãn cơ
* Soi bằng ống cứng ánh sang lạnh, kềm gắp dị vật các cỡ
* Ngay sau khi soi lấy được dị vật, cần phải soi lại kiểm tra ngay
* Chú ý dùng bông tăm que tẩm anđenalin để cầm máu và làm co niêm mạc khí- phế quản trước và sau khi gắp dị vật
* **Điều trị theo dõi toàn thân:**
* Chảy máu trong long khí phế quản; cần soi lại kiểm tra
* Corticoide liều cao đường tĩnh mạch
* Khó thở
* Cephalosporin( thế hệ 3)
* Theo dõi biến chứng
* Giảm đau
* **Vấn đề mở khí quản:**

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

1. **KẾT LUẬN**

* Bệnh thường gặp ở trẻ em hơn người lớn
* Đây là bệnh nguy hiểm cần phải xử trí đúng lúc kịp thời
* Bệnh có thể phòng ngừa được ,cần chú ý khi cho trẻ ăn các loại trái cây có hột ,thực phẩm có xương ,không ngậm đò vật khi đang làm việc
* Chú ý chăm sóc bệnh nhân hôn mê hoặc người già mất phản xạ nuốt nên loại bỏ răng giả trước và nên cho ăn bằng ống sode dạ dày

# 10/VIÊM MŨI XOANG CẤP

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Viêm xoang( viêm mũi xoang) là tình trạng viêm của niêm mạc các cạnh mũi thường xảy ra do siêu vi hoặc do vi khuẩn.

Phản ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng làm các lớp niêm mạc bị sưng lên và tắc nghẽn sự dẫn lưu, có thể gây ra nhiều mủ nhầy trong hốc mũi

1. **TRIÊU CHỨNG**

* Sổ mũi đục
* Nghẹt mũi
* Đau ở hốc mắt và vùng mặt
* Kéo dài > 4 tuần(< 12 tuần)

1. **PHÂN BIỆT VIÊM MŨI XOANG CẤP SO SIÊU VI HAY VI TRÙNG**

***Tiêu Chuẩn***

VMXC: sổ mũi, nghẹt mũi, đau mặt

VMXC vi trùng:

* Vmxc siêu vi (viêm đường hô hấp trên) lớn hơn hoặc bằng 10 ngày
* Vmxc siêu vi nặng hơn sau khi khởi phát (trong vòng 10 ngày)

***Điều trị triệu chứng:***

Viêm mũi xoang cấp siêu vi + vi trùng:

+ hạ sốt, giảm đau: paracetamol 15mg/kg

+ corticoid xịt mũi: meseca

+ rửa mũi nước muối: natriclorua 0,9%, xisat

***Có thể thêm:***

+ thuốc chống sung huyết

+ thuốc chống dị ứng

+ thuốc long đàm

1. **XỬ TRÍ VMXC DO VI TRÙNG**

**KHÁNG SINH:**

Sử dụng ngay từ đầu hoặc theo dõi không kháng sinh

Nếu theo dõi thì theo dõi sát

Sử dụng kháng sinh kéo dài >7 ngày hoặc triều chứng trở nặng hơn( bất kỳ thời điểm nào)

**Chọn lựa kháng sinh:**

Amoxicilin liều 40-80 mg/kg/ ngày

**Khi nào dùng liều cao:**

* Vùng dịch tể( tỉ lệ dịch > 10%)
* Nguy cơ đề kháng kháng sinh
* Người già > 75 tuổi
* Người có tiền sử nhaajp viện 2 tuần trước
* Người có tiền sử dung ks 1 tháng trước
* Sốt cao >39 độ
* Nguy cơ biến chứng mưng mủ
* Người suy giảm miễn dịch

1. **NẾU ĐIỀU TRỊ THẤT BẠI**:

Không đáp ứng sau 7 ngày điều trị (triệu chứng không cải thiện)

Nặng hơn trong quá trình điều trị

Triệu chứng cũ nặng hơn

Xuất hiện triệu chúng mới

Đánh giá lại

Xác định lại chuẩn đoán

Xem xét có biến chứng không

Nếu chưa dùng ks -> dùng ks

Nếu đã dùng ks-> tăng liều ks hoặc thay đổi ks

1. **CHUẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

*Dựa vào:*

* Bệnh sử
* Tiền sử
* Khám lâm sang
* Nội soi mũi
* Hình ảnh học: ct scan
* Viêm mũi xoang mạn ( đợt cấp)
* Các dạng khác của bệnh mũi xoang
* Viêm mũi dị ứng
* Viêm xoang do nấm
* Trĩ mũi
* Ung thư mũi xoang
* U hạt ác tính giữa mặt
* Dị vật mũi