

VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) mãn tính là VTG kéo dài trên 3 tháng.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG

2.1. VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH XUẤT TIẾT

- Là viêm tai xơ, không chảy nước ra ngoài tai, ít khi thủng nhĩ, còn gọi là xơ nhĩ.
- Triệu chứng lâm sàng:
 - ✓ Điếc: tăng dần, có tính chất dẫn truyền.
 - ✓ Û tai, giọng trầm.
 - ✓ Khám tai: màng nhĩ, đục, lõm.
- Điều trị:
 - a- Nội khoa:
 - i. Giải quyết các nguyên nhân ở mũi và vòm.
 - ii. Thông khí tai giữa.
 - b- Ngoại khoa:

Phẫu thuật rất khó thành công, mục đích phẫu thuật cố gắng giải phóng xương con bất động để di động lại.

2.2. VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH TIẾT NHẢY MŨ

- Nguyên nhân do mũi xoang, vòm (VA) kèm thêm bệnh tích ở sào bào, thượng nhĩ gây chảy mũ tai kéo dài.
- Lâm sàng:
 - ✓ Vàng nhạt hoặc trong quánh, không thối.
 - ✓ Lỗ thủng màng nhĩ trước dưới.
 - ✓ Không bao giờ có cholesteatoma.
 - ✓ Xương chũm không đặc ngà.
- Thính lực đồ: điếc dẫn truyền nhẹ.
- X quang: xương chũm kém thông bào.
- Điều trị:
 - a- Nội khoa:
 - i. Chăm sóc tai.
 - ii. Điều trị các nguyên nhân ở mũi và vòm.
 - iii. Thuốc kháng sinh, kháng viêm, chống dị ứng, thuốc nhỏ tai.
 - b- Ngoại khoa: Khi có chỉ định.
 - iv. Vá nhĩ qua nội soi.
 - v. Vá nhĩ đơn thuần: theo đường sau tai, trong tai.
 - vi. Sào bào kiểm tra - vá nhĩ.

2.3. VIÊM TAI GIỮA MÃN TÍNH MŨ

- Hay gặp, thường kèm bệnh tính xương chũm.
- Lâm sàng:
 - Chảy mũ tai vàng hoặc xanh thối.
 - Điếc: kiểu dẫn truyền.
 - Đau: ít gặp, nhưng khi có là dấu hiệu có giá trị, đáng lưu ý.

- Khám tai: lỗ thủng nguy hiểm khi ở 1/4 sau trên ngoạm vào xương, thủng hoặc sùi ở màng chũm.
- Đôi khi có thể thấy cholestéatoma là một khối mềm trắng giống bã đậu gồm những tế bào biểu mô lẫn với mỡ và cholesterine, rất nguy hiểm, có thể gây biến chứng nội sọ.

2.4. VIÊM TAI XƯƠNG CHỤM MÃN TÍNH

- Lâm sàng:

- Nhức đầu.
- Chảy mủ tai: thối.
- Điếc.
- Khám tai: lỗ thủng góc trên sau ngoạm xương.

- Thở lâm sàng:

- Viêm tai xương chũm mãn tính có lỗ dò sau tai, dò Gellé.
- Viêm tai xương chũm mãn tính có cholestéatoma: nguy hiểm, có thể có biến chứng nội sọ.
- Thể diễn biến ở bệnh nhân lao hoặc giang mai.

- Điều trị:

a- Nội khoa: ít tác dụng.

- Chăm sóc tai.
- Điều trị nguyên nhân ở mũi và vòm.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, chống dị ứng, thuốc nhỏ tai.

<p>Kháng sinh: + Có thể sử dụng 1 trong các loại sau: + Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g - Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (tiêm bắp) - Người lớn: 1-2 ống/ngày (tiêm bắp)</p>	<p>- Augmentine 1g: + Trẻ em: 30mg/kg x 2-4 lần/ngày + Người lớn: 1g x 2-4 lần/ngày. - Cefuroxime (Axetine 0,75g; Zinacef 0,75g) + Trẻ em: 30-100mg/kg/ngày. + Người lớn: 0,75g x 2-3 lần/ngày. - Cefotaxime (Shintaxime 1g; Opetaxime 1g) + Trẻ em: 50-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g x 2-3 lần/ngày. - Ceftazidime (Fortum 1g; Opeceftri 1g hoặc Ceftriaxone) + Trẻ em: 25-150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g-2g x 2-3 lần/ngày.</p>
<p>Kháng viêm: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau:</p>	<p>- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần: + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1 ống x 1-3 lần/ngày. + Prednisolone 5mg - Non-Steroid: + Diclofenac (Neo-pyrazone 50mg) 1v x 2-3 lần/24giờ.</p>

Phác đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng

	- Enzyme: + Lysozyme (Noflux 90mg): 1-2v x 2-3 lần/ngày. + Serratiopeptidase (Garzen 10mg): 1-2v x 2-3 lần/ngày.
Kháng Histamine: Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau:	- Chlorpheniramine 4mg: 1v x 1-2 lần/ngày. - Fexofenadine (Telfast 60mg): 1v x 2.lần/ngày

b- Ngoại khoa: Chuyển tuyến trên.