

## U ÓNG TAI NGOÀI

### A. U LÒI XƯƠNG ÓNG TAI NGOÀI

#### 1. ĐỊNH NGHĨA

U lồi xương ống tai ngoài là những khối xương phát triển từ thành ống tai ra và làm hẹp lòng ống tai. Lồi xương thường có cả ở hai tai và hay có tính cách di truyền.

#### 2. NGUYÊN NHÂN

Lồi xương nhiều ổ thường mắc phải do tiếp xúc với nước lạnh nhiều lần.

#### 3. CHẨN ĐOÁN

Trong lồi xương nhỏ, bệnh không có triệu chứng chức năng. Tình cờ trong khi khám tai mũi họng, thầy thuốc phát hiện ra bệnh.

Trái lại nếu là lồi xương nhiều thì ống tai sẽ bị tắc bởi ráy tai, bởi nút biểu bì và gây ra điếc, ù tai.

Những nghiệm pháp âm thoa cho thấy rằng bệnh nhân bị điếc tai giữa: Svabach (Schwabach) trên 20 giây, Rinơ (Rinne) âm tính, Vobe (Weber) thiên về bên điếc.

Khám bệnh thấy trong ống tai có một hoặc vài khối u to bằng hạt đỗ, cứng, tròn nhẵn, da có vẻ bình thường. Khi que thăm chạm vào bệnh nhân không đau. Lòng ống tai bị thu hẹp lại thành một cái khe và thường bị ráy tai bịt kín. U hay nằm ở về phía sau và trên của ống tai. Cả hai tai đều có bệnh tích giống như nhau. Bệnh biểu hiện bằng lớp da che phủ chỗ phồng với những khối ở phía trong ống tai làm che phủ màng nhĩ với mức độ khác nhau. Khối u xương nếu không gây bít tắc hoặc nhiễm khuẩn thì sẽ không có triệu chứng.

Những khối u lồi này phát triển rất chậm ở trẻ em. Khi bệnh nhân đến tuổi trưởng thành thì u không lớn nữa.

#### 4. ĐIỀU TRỊ

- Đối với lòi xương nhẹ, không có triệu chứng chức năng thì không can thiệp. Nếu có ráy tai thì phải bơm nước để lấy nó ra.
- Nếu lòi xương to có ảnh hưởng đến thính lực hoặc gây tích mủ thì phải can thiệp phẫu thuật:
  - + Trong trường hợp u ở nông, chúng ta nên phẫu thuật bằng đường trong ống tai.
  - + Trong trường hợp u ở sâu, chúng ta nên mổ theo đường sau ống tai. Sau khi bóc tách da ống tai, chúng ta dùng đục lòng máng để xén khối u, hoặc dùng khoan điện (flaise) mài khối u xương.
- Rút mèche, xuất viện sau 5 ngày. Tái khám tại phòng soi tai sau 1 tuần.

#### Thuốc sau phẫu thuật

##### a. Kháng sinh

- Amoxicillin + acid Clavulanic (Augmentine 1g) (TMC).  
NL: 1G X 2 lần/ngày.  
TE: 30mg/kg x 2 lần/ngày,
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) (TMC)  
NL: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 30 - 100mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Ceftazidime (Fortum 1g hoặc ceftriaxone) (TMC)  
NL: 1 - 2g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 25 - 150mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Cefotaxime 1g  
NL 1g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

##### b. Kháng viêm:

- Steroid:  
Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC):  
TE: 1-2mg/kg/ngày.  
NL: 1-2 lọ x 1-3 lần/ngày.



Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống).

- Non-steroid:

Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).

Ibuprofen 400mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).

Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).

c. Giảm đau:

Paracetamol 1 g 1 chai x 1-2 lần/ngày (TTM).

Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).

Di-antavic 1v x 3 - 4 lần/ngày (uống).

Tramadol 1v x 2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày (uống).

d. Kháng histamine: Chlopheniramin 4mg, Cetirizine 10mg, Loratadine 10mg, Fexofenadine (60mg, 120mg, 180mg), Levocetirizine 5mg, Desloratadine 5mg....(uống).

## 5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Bản thân u lõi xương không gây ra tác hại gì lớn ngoài triệu chứng nghẽn ngãng nhưng vì nó trở ngại sự dẫn lưu của ống tai, nên đôi khi chúng ta thấy có biến chứng như mềm ống tai ngoài. Hơn nữa nếu bệnh nhân bị viêm tai giữa, mũ sẽ không có lối thoát, dễ gây ra viêm xương chũm.

## 6. PHÒNG NGỪA

Vệ sinh tai đúng cách: tránh ngoáy móc tai ở nhà, hay tiếp xúc nhiều với nước lạnh nhiều lần.

## B. U NHÚ ỐNG TAI NGOÀI

1. ĐỊNH NGHĨA: U nhú ống tai là tổn thương thường gặp của ống tai ngoài.

U nhú ống tai có thể gặp ở cả hai giới.

2. NGUYÊN NHÂN: Do bị nhiễm virus HPV (human papilloma virus), virus làm thay đổi gen gây nên tình trạng tăng sinh tế bào.

3. **CHẨN ĐOÁN:** U nhú ống tai có dạng như mụn cơm hay mụn cóc và có dạng nhô lên có thể có thay đổi sắc tố. U nhú này thường có một lớp keratin bị dày lên ở phía trên.

4. **VỀ MÔ HỌC:** Sự tăng sinh lành tính của tế bào vảy với một lõi mô sợi mạch máu tại trung tâm.

5. **ĐIỀU TRỊ:** chủ yếu là phẫu thuật.

**Thuốc sau phẫu thuật:**

a. *Kháng sinh*

- Amoxicillin + acid Clavulanic (Augmentine 1g) (TMC).  
NL: 1G X 2 lần/ngày.  
TE: 30mg/kg x 2 lần/ngày.
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) (TMC)  
NL: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 30 - 100mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Ceftazidime (Fortum 1g hoặc ceftriaxone) (TMC)  
NL: 1 - 2g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 25 - 150mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Cefotaxime 1g  
NL 1g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

b. *Kháng viêm:*

- Steroid:  
Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC):  
TE: 1-2mg/kg/ngày.  
NL: 1-2 lọ x 1-3 lần/ngày.  
Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống)
- Non-steroid:  
Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Ibuprofen 400mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).



*c. Giảm đau:*

Paracetamol 1g 1 chai x 1-2 lần/ngày (TTM).

Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).

Di-antalvic 1v x 3 - 4 lần/ngày (uống).

Tramadol 1v x 2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày (uống).

*d. Kháng histamine:* Chlopheniramin 4mg, Cetirizine 10mg, Loratadine 10mg, Fexofenadine (60mg, 120mg, 180mg), Levocetirizine 5mg, Desloratadine 5mg....(uống)

Rút mèche, xuất viện sau 5 ngày. Tái khám tại phòng soi tai sau 1 tuần.

**6. TIÊN LƯỢNG:** tốt và hiếm tái phát.

### C. U NANG TUYẾN BÃ ÓNG TAI NGOÀI

**1. ĐỊNH NGHĨA:** U tuyến bã ống tai khá hiếm so với các vị trí khác của cơ thể.

Tỷ lệ nam:nữ là 2,5:1.

**2. NGUYÊN NHÂN:** Các u này xuất phát từ tuyến bã trong da của ống tai ngoài.

**3. CHẨN ĐOÁN:** Biểu hiện dạng tron nhẵn, nhô lên, có cuống và có thể mềm hoặc cứng. Thường xuất hiện đơn độc và nhỏ hơn 0,5cm. Màu sắc thay đổi: màu vàng nâu, màu da, hồng hay đỏ.

U nhú này có thể bị chảy máu do đụng chạm chấn thương nhưng hiếm khi bị loét.

Mô học: các tế bào thay đổi bề mặt biểu mô và đẩy mạnh quá trình sao chép các tế bào tuyến bã trưởng thành.

**4. ĐIỀU TRỊ:** phẫu thuật lấy bỏ là chủ yếu.

**Thuốc sau phẫu thuật:**

*a. Kháng sinh*

- Amoxicillin + acid Clavulanic (Augmentine 1g) (TMC).  
NL: 1G X 2 lần/ngày.  
TE: 30mg/kg x 2 lần/ngày.
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) (TMC)  
NL: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 30 - 100mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Ceftazidime (Fortum 1g hoặc ceftriaxone) (TMC)  
NL: 1 - 2g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 25 - 150mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Cefotaxime 1g  
NL 1g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

*b. Kháng viêm:*

- Steroid:  
Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC):  
TE: 1-2mg/kg/ngày.  
NL: 1-2 lọ x 1-3 lần/ngày.  
Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống)
- Non-steroid:  
Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Ibuprofen 400mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).

*c. Giảm đau:*

- Paracetamol 1 g 1 chai x 1-2 lần/ngày (TTM).
- Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).
- Di-antalvic 1v x 3 - 4 lần/ngày (uống).
- Tramadol 1v x 2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày (uống).

*d. Kháng histamine:* Chlorpheniramin 4mg, Cetirizine 10mg, Loratadine 10mg, Fexofenadine (60mg, 120mg, 180mg), Levocetirizine 5mg, Desloratadine 5mg....(uống)



Rút mèche, xuất viện sau 5 ngày. Tái khám tại phòng soi tai sau 1 tuần.

5. TIỀN LƯỢNG: tốt và hiếm tái phát.

## D. POLYP ỚNG TAI NGOÀI

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương thường gặp gây bít tắc ống tai ngoài. Polyp ống tai ngoài xuất phát từ ống tai, là khối màu hồng, trơn láng và phù mọng.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Do tình trạng viêm mạn tính kéo dài, u hay các loại tổn thương giả u trong tai giữa có thể gây triệu chứng giống như viêm tai giữa mạn tính và biểu hiện polyp xâm lấn trong ống tai ngoài.

Thường xuất phát từ niêm mạc bị viêm sung huyết và tăng sinh lớn dần sau đó làm tắc nghẽn cả ống tai ngoài.

### 3. CHẨN ĐOÁN

Polyp ống tai ngoài thường biểu hiện với tình trạng chảy dịch nhầy hay mủ từ tai. Bệnh nhân bị đau tai, nghe kém và cảm giác đầy tai hoặc chảy mủ tai chuyển thành chảy máu tai.

Khám tai thấy khối màu hồng, trơn láng và phù mọng đỏ che kín ống tai. Tùy kích thước polyp mà gây ra tình trạng ù tai, nghe kém, và có thể chảy máu do polyp xuất huyết.

### 4. ĐIỀU TRỊ

- Đối với polyp nhỏ: điều trị nội khoa vệ sinh tai tránh polyp bị bội nhiễm kết hợp nhỏ corticoid.
- Đối với trường hợp polyp lớn: Chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ polyp tận gốc -> giải phẫu bệnh.

**Thuốc sau phẫu thuật:**

*a. Kháng sinh*

- Amoxicillin + acid Clavuclanic (Augmentine 1g) (TMC).  
NL: 1G X 2 lần/ngày.  
TE: 30mg/kg x 2 lần/ngày.
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) (TMC)  
NL: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 30 - 100mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Ceftazidime (Fortum 1g hoặc ceftriaxone) (TMC)  
NL: 1 - 2g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 25 - 150mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Cefotaxime 1g  
NL 1g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

*b. Kháng viêm:*

- Steroid:  
Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC):  
TE: 1-2mg/kg/ngày.  
NL: 1-2 lọ x 1-3 lần/ngày.  
Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống)
- Non-steroid:  
Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Ibuprofen 400mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).  
Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).

*c. Giảm đau:*

- Paracetamol 1 g 1 chai x 1-2 lần/ngày (TTM).
- Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).
- Di-antalvic 1v x 3 - 4 lần/ngày (uống).
- Tramadol 1v x 2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày (uống).

- d. Kháng histamine:* Chlopheniramin 4mg, Cetirizine 10mg, Loratadine 10mg, Fexofenadine (60mg, 120mg, 180mg), Levocetirizine 5mg, Desloratadine 5mg....(uống).



Rút mèche, xuất viện sau 5 ngày. Tái khám tại phòng soi tai sau 1 tuần.

## **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Polyp ống tai ngoài gây ra cản trở dẫn lưu của ống tai, và có thể gây biến chứng như hẹp ống tai ngoài, chảy máu tai. Trường hợp polyp xuất phát từ bệnh lý viêm tai thường khó điều trị hơn, tiến triển bệnh có thể là biểu hiện của cholesteatoma.

## **D. NANG ỐNG TAI NGOÀI**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Nang ống tai ngoài là khối trong ống tai có nguồn gốc từ ngoại bì và tiết nhầy.

**2. NGUYÊN NHÂN:** các nang có nguồn gốc từ ngoại bì và tiết nhầy.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

Nang ống tai ngoài có mật độ mềm.

Bệnh nhân có thể vô tình phát hiện khi ngoáy tai, thấy có khối trong tai.

Nang lớn có thể gây nghe kém, ù tai, gây tắc nghẽn ống tai, đau tai khi nang bị viêm phù nề.

Có thể gây chảy tai nếu nang lớn gây bít tắc ống tai ngoài.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

Nếu nang này phát triển gây đau nên được cắt bỏ trọn nang tới mô mềm xung quanh.

Nếu nang bị viêm cấp và có nguy cơ bể, bệnh nhân nên được điều trị với kháng sinh đường uống, có thể cần rạch dẫn lưu khi cần thiết, tuy nhiên không nên cắt trọn khi đang viêm cấp tính.

**Thuốc sau phẫu thuật:**

*a. Kháng sinh*

- Amoxicillin + acid Clavuclanic (Augmentine 1g) (TMC).  
NL: 1G X 2 lần/ngày.  
TE: 30mg/kg x 2 lần/ngày.
- Cefuroxime (Zinacef 0,75g) (TMC)  
NL: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 30 - 100mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Ceftazidime (Fortum 1g) hoặc Ceftriaxone (TMC)  
NL: 1 - 2g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 25 - 150mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Cefotaxime 1g (TMC)  
NL 1g x 2 - 3 lần/ngày.  
TE: 50 - 150mg/kg/ngày

*b. Kháng viêm:*

- Steroid:  
Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC):  
TE: 1-2mg/kg/ngày.  
NL: 1-2 lọ x 1-3 lần/ngày
- Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống)
- Non-steroid:  
Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống)  
Ibuprofen 400mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống)  
Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).

*b. Giảm đau:*

- Paracetamol 1 g 1 chai x 1-2 lần/ngày (TTM).
- Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).
- Di-antalvic 1v x 3 - 4 lần/ngày (uống).
- Tramadol 1v x 2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày (uống).

*c. Kháng histamine:* Chlopheniramin 4mg, Cetirizine 10mg, Loratadine 10mg, Fexofenadine (60mg, 120mg, 180mg), Levocetirizine 5mg, Desloratadine 5mg....(uống)

Rút mèche, xuất viện sau 5 ngày. Tái khám tại phòng soi tai sau 1 tuần.



## 5. TIỀN LƯỢNG

Tốt và ít khi tái phát nếu phẫu thuật lấy trọn nang.

## 6. PHÒNG NGỪA

Vệ sinh tai đúng cách: tránh ngoáy móc tai ở nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng*, Bộ Y Tế, 2013
2. *Tai Mũi Họng thực hành*, GS Võ Tấn
3. Shambaugh (2010), *Surgery of the Ear*, People's Medical Publishing House, USA, p730
4. Brakmann Derald E, (2010), *Otologic Sugery*, Saunders Elsevier, USA, p551
5. Milin V. Kirtane, Chris E. de Souza (2013), *Otology and Neurotology*, Thieme Medical and Scientific Publishers Private Limited, USA, p391