VIÊM SỤN VÀNH TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một tình trạng nhiễm trùng của sụn, màng sụn vành tai. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

2. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh có thể xuất hiện sau quá trình điều trị không phù hợp trong những bệnh lý như: viêm ống tai ngoài cấp, viêm mô tế bào tai ngoài, sau tai nạn có tổn thương loa tai, sau phẫu thuật hoặc sau xỏ lỗ tai xuyên sụn.
- Tác nhân thường gặp nhất là Pseudomonas và tụ cầu, ít hơn là dị ứng và tự miễn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xát (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.
- Khi viêm tấy thành mủ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.
- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.
- Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Trong trường hợp có dịch, mủ: cấy tìm tác nhân + kháng sinh đồ.

- Khi nhiễm trùng lan rộng toàn thân: bạch cầu máu tăng, CRP tăng.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da vành tai.
- Chàm.
- Viêm mô tế bào…

4. ĐIỀU TRỊ - TIÊN LƯỢNG

4.1. Nội khoa

4.1.1. Điều trị tại chỗ

- Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.
- Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bấc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.
- Làm sạch mô nhiễm trùng.
- Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.

4.1.2. Điều trị toàn thân

- Tuỳ theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh.
- Giai đoạn sớm: kháng sinh uống, kháng sinh nhỏ tại chỗ và làm sạch mô viêm tại chỗ.

Kháng sinh uống	- Nhóm Fluoroquinolones: Ciprofloxacin, liều lượng 500-750mg X 2 lần/ngày. Moxifloxacin 400mg/ngày (uống). - Nhóm Levofloxacine, liều lượng 500mg X 1 lần/ngày, trong 7 ngày (uống).
Chống viêm, chống phù nề: steroids (uống)	- Methylprednisolonehoặc prednisolone, liều lượng 20 - 40mg/ngày (uống).

Giảm đau (uống)	- Paracetamol 500mg 1v x 2 - 3 lần/ngày. - Di-antalvic 1v x 3 - 4 lần/ngày. - Tramadol 1v x2 - 3 lần/ngày tối đa 5 ngày.

- Giai đoạn tiến triển (nhiễm trùng lan rộng mô mềm xung quang, hạch vùng): cần phải nhập viện truyền kháng sinh tĩnh mạch và chăm sóc tại chỗ. Rửa kháng sinh tại chỗ có thể có hiệu quả.

Kháng sinh	- Nhóm Fluoroquinolones Ciprofloxacin 200mg/100ml X 2 lần/ngày (TTM). - Phối hợp với nhóm amikacin, liều lượng 250mg/2ml X 2 - 3 lần/ngày (TTM). - Nếu nghi ngờ nhiễm vi khuẩn kị khí, có thể phối hợp với Metronidazole, liều lượng 15mg/kg/ngày (TTM).
Chống viêm, chống phù nề: steroids	Methylprednisolone, liều lượng 40-80mg/ngày (TMC).
Giảm đau	Acetaminophene, liều lượng 10 - 15mg/kg X 3 - 4 lần/ngày (uống).

4.2. Ngoại khoa

- Khi đã viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.
- Băng ép, thay băng mỗi ngày.

5. BIẾN CHỨNG

- Biến dạng da và sụn vành tai.
- Nhiễm trùng toàn thân.

6. PHÒNG NGỪA

- Tránh đặt các vật lạ như kim loại xuyên sụn vành tai.
- Tránh đè ép vùng da sụn vành tai trong thời gian dài như đeo headphone, đội mũ bảo hiểm quá chật ôm sát tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Albert L. (2003), "*Perichondritis of the Auricle*", In: Thieme, Editor A Pocket Guide to the Ear, Thieme, Stuttgart New York, pp. 32 - 33.
2. Nhà xuất bản Y học Hà Nội (2016), "*Bệnh tai ngoài*," pp. 45.
3. Rudolf Probst (2006), "*The extarnal ear*", In: Basic Otorhinolaryngology, Thieme, Stuttgart - New York, pp. 218-219.
4. Timothy T. K. Jung, Tae Yoon Jinn (2009), "*Diseases of the External Ear - Perichondritis and Chondritis*", In: 16th, Editor Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, BC Decker Inc, pp. 236.