

ZONA TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt, do nhiễm vi-rút Varicella Zoster thứ phát xảy ra tại hạch gối. Bệnh biểu hiện liên quan dây II và/hoặc dây VIII, thỉnh thoảng dây IX và X.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân làm tái kích hoạt Zona tai vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm miễn dịch, HIV, thuốc ức chế miễn dịch là có liên quan.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng sớm (triệu chứng cảm cúm): khoảng 2 ngày
 - + Sốt.
 - + Cảm giác nóng rát, đau một bên tai, chưa có biểu hiện thực thể tại chỗ.
 - + Nhức đầu.
- Triệu chứng Zona tai:
 - + Vài ngày sau khởi phát, xuất hiện mụn nước ở gờ đôi luân, hó thuyên, thành sau ống tai ngoài.
 - + Tổn thương mụn nước khác với Herpes có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo.
 - + Triệu chứng thần kinh: nghe kém tiếp nhận, mắt thẳng bằng, thất điều một bên, động mắt và thường kèm theo liệt mặt với nhiều mức độ. Các triệu chứng này có thể xuất hiện đơn độc hay phối hợp.
 - + Triệu chứng toàn thân: hạch viêm vùng cổ, sốt...

3.1.2. Cận lâm sàng

Phát hiện VZV qua test huyết thanh.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Herpes Zoster trong giai đoạn sớm.
- Các bệnh lý tổn thương dây VII, VIII như: viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, viêm mê nhĩ, cholesteatoma, u tai, u sàn sọ bên...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

4.1.1. Điều trị tại chỗ: dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

4.1.2. Điều trị toàn thân

Ngay khi nghi ngờ Zona tai nên sử dụng thuốc kháng vi-rút đường toàn thân, phối hợp với corticosteroid khi có dấu hiệu liệt VII.

Kháng virus (Có thể sử dụng một trong những nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none"> - Acyclovir: 800mg × 5 lần/ngày × 7 ngày (uống) - hoặc Famcyclovir: 500-700mg × 3 lần/ngày × 7 ngày (uống) - hoặc Valacyclovir: 1g × 3 lần/ngày × 7 ngày (uống)
Giảm đau (Có thể sử dụng một trong nhiều nhóm sau)	<ul style="list-style-type: none"> - Acetaminophen, liều lượng 500mg × 3 - 4 lần/ngày (uống) - hoặc Amitriptyline (apo-amitriptyline), liều 25mg × 3 lần/ngày (uống)
Kháng viêm Steroids	<ul style="list-style-type: none"> - Steroid: Methylprednisolon (Solumedrol 40mg) (TMC): 1-2mg/kg/ngày (TMC) Methylprednisolon (Medrol 16mg, 4mg) (uống) Giảm liều dần - 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). - Thời gian điều trị 10 – 14 ngày.
--	---

Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh

Kháng sinh (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	a. Amoxiciline + Acid Clavulanic: 1g x 2 lần/ngày uống b. Cephalosporin thế hệ I, II, III: Cefadroxi: 1g/ngày hoặc chia 2 lần, uống Cefprozil: 500mg/ngày uống liều duy nhất hoặc chia 2 lần Cefuroxime: 500mg x 2 lần/ngày, uống. Cefdinir NL: 300mg x 2 lần/ngày. TE: 7mg/kg x 2 lần/ngày (14mg/kg/ngày uống chia 2 lần). Cefpodoxime NL: 200mg x 2 lần/ngày, uống. TE: 5mg/kg x 2 lần/ngày, uống. Cefixime NL 400mg/ngày uống, liều duy nhất hoặc chia 2 lần. TE 8mg/kg/ngày uống liều duy nhất hoặc chia 2 lần. Cefditoren NL: 200mg x 2 lần/ngày uống. TE: không an toàn cho trẻ < 12 tuổi. c. Nhóm Quinolon: Ciprofloxacin NL: 500mg x 2 lần/ngày uống. Levofloxacin NL: 500mg-750mg/ngày uống liều duy nhất. Moxifloxacin NL: 400mg/ngày uống liều duy
---	---

	<p>nhất</p> <p>Ofloxacin NL: 400mg x 2 lần/ngày uống.</p> <p>d. Nhóm Macrolid:</p> <p>Clarithromycine: 250-500 mg x 2 lần/ngày uống.</p> <p>Azithromycin: 500mg/ngày đầu, 250 mg/ngày x 4 ngày sau.</p> <p>Clindamycin 300mg: 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).</p>
--	---

Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân
→ nhập viện.

Kháng viêm Steroids dạng tiêm tĩnh mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Methylprednisolone (Solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày. - Giảm liều dần sau đó. - Chuyển sang dạng uống như trên.
Bảo vệ mắt	- Tetracyclin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại.
Châm cứu phối hợp	

5. TIÊN LƯỢNG

- Bệnh nhân lớn tuổi có khuynh hướng dễ bị di chứng thiếu hụt chức năng vĩnh viễn.
- Tiên lượng hồi phục liệt VII trong Zona tai kém hơn so với trong liệt VII vô căn.

6. BIẾN CHỨNG

- Biến chứng tại chỗ quan trọng là bội nhiễm vi khuẩn (thường là tụ cầu hay Pseudomonas).
- Viêm não – màng não.
- Đau thần kinh dai dẳng ở người lớn tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bài giảng Tai Mũi Họng* – Trường đại học Y Dược TPHCM-1998.
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng* – Bộ Y tế - 2013.
3. Rudolf Probst (2006), "*The external ear*", In: *Basic Otorhinolaryngology*, Thieme, Stuttgart - New York, pp. 219-220.