

VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương chũm cấp là tình trạng viêm cấp tính của các thông bào xương chũm trong xương thái dương, thời gian kéo dài thường dưới 1 tháng. Viêm xương chũm cấp là một trong những biến chứng thường gặp nhất của viêm tai giữa cấp, bệnh lý đứng hàng thứ hai trong các bệnh lý tai mũi họng ở trẻ em, chỉ sau nhiễm trùng hô hấp trên

2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân thường do các loại vi trùng: *Streptococcus pneumoniae* (thường gặp nhất), *Haemophilus influenzae*, *Moxarella catarrhalis*,. Ngoài ra còn có thể do vi trùng *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus*, *Streptococci* gram âm, E. coli, vi trùng kỵ khí...
- Việc xác định nguyên nhân phải dựa vào xét nghiệm vi sinh cấy mũ tai.
- Cần tìm các yếu tố thuận lợi như: VA to, Amidan quá phát, hở hàm ếch, dị dạng sọ mặt, suy giảm miễn dịch như AIDS, thiếu IgG, bệnh lý về máu, thiếu máu thiếu sắt...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng: diễn tiến cấp tính.

3.1.1. Toàn thân

- Sốt cao hoặc vừa, kèm ớn lạnh.
- Ăn, bú kém, mệt mỏi, bứt rứt, quấy khóc.

3.1.2. Cơ năng

- Đau tai.
- Có thể có chảy mũ tai.
- Nghe kém (ở trẻ lớn).
- Có thể có ho, sổ mũi trước đó.

3.1.3. Thực thể

- Sưng nề, viêm tấy, đỏ sau tai.
- Vành tai bị vênh ra trước, có dấu phập phều sau tai.
- Màng nhĩ phồng, sung huyết.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: bạch cầu máu thường tăng, CRP tăng do có tình trạng nhiễm trùng.
- Nội soi tai: màng nhĩ phồng, sung huyết, có hình ảnh vú bò, có thể tụ dịch hay mũ trong hòm nhĩ, hay màng nhĩ thủng, chảy mũ tai.
- Xquang Schuller: có hình ảnh mờ thông bào chũm.
- Đo thính lực đồ, nhĩ lượng đồ (ở trẻ lớn).
- Cây mũ + kháng sinh đồ (nếu có chảy mũ tai).
- CTscan: Theo tác giả Bluestone, viêm xương chũm cấp được chia làm 3 thể:
 - + Viêm xương chũm cấp không có viêm màng xương và viêm xương (Acute mastoiditis without periosteitis/osteitis), trên CTscan có hình ảnh có đám mờ tương ứng với hiện tượng viêm của các thông bào xương chũm và không có hình ảnh hủy xương trên phim CTscan.
 - + Viêm xương chũm cấp có viêm màng xương (Acute mastoiditis with periosteitis). Trên phim CTscan thường có hình ảnh dày màng xương và mô mềm sau tai, không có hình ảnh viêm xương cũng như hủy xương.
 - + Viêm xương chũm cấp có viêm xương (Acute mastoiditis with osteitis) Trên phim CT scan thường có hình ảnh viêm xương cũng như hủy xương: mất vách xương giữa các tế bào chũm, vỏ xương chũm bị phá hủy, không liên tục, dày màng xương, áp-xe dưới màng xương.

3.3. Tiếp cận chẩn đoán: chẩn đoán dựa vào dấu hiệu lâm sàng (sốt, đau tai, sưng nề mắt rãnh sau tai, diễn tiến cấp tính...) + nội soi tai +/- CT scan.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch sau tai, viêm tấy hay áp-xe phần mềm sau tai.
- Nang sau tai.
- Viêm tuyến mang tai.
- Viêm ống tai ngoài cấp.
- Viêm tai xương chũm mạn xuất ngoại sau tai.
- Sarcoidosis.
- U (Sarcoma tai...).

4. BIẾN CHỨNG

- Xuất ngoại: gây áp-xe sau tai (thể Jaques), thể thái dương – mỏm tiếp, áp-xe lan dọc cơ ức đòn chũm (thể Bezold), áp-xe giữa rãnh nhị thân và vịnh cảnh (thể Mouret).
- Biến chứng tại xương thái dương: viêm mê nhĩ, viêm xương đá, liệt dây VII.
- Biến chứng nội sọ: gây thuyên tắc xoang tĩnh mạch bên, viêm màng não, áp-xe dưới màng cứng, áp-xe não, áp-xe tiểu não.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nội khoa

5.1.1. Điều trị tại chỗ: hút rửa tai bằng Dexacol và nước muối nếu có chảy mủ tai.

5.1.2. Điều trị toàn thân

❖ Kháng sinh: các loại kháng sinh có thể dùng:

- Nhóm Betalactam
Amoxicillin + Acid Clavulanic
+ Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
+ Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
- Nhóm Cephalosporine
Cefuroxime 0,75g
+ Trẻ em: 30 - 100mg/kg/ngày (TMC).

- + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Cefotaxime 1g
- + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
- + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g
- + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).
- + Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Cefepime:
- + Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM) .
- + Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).
- Nhóm Macrolid
- Clarithromycin:
- + Người lớn 250 - 500 mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
- + Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.
- Spiramycin:
- + Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
- + Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.
- Azithromycin
- + Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
- + Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).
- Nhóm Lincomycin:
- Clindamycine (Dalacin C):
- + Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
- + Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).
- Nhóm Metronidazole:
- + Người lớn: 0,5g x 2 - 3 lần/ngày (Uống, TTM).
- + Trẻ em: 20-30mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần (Uống, TTM).
- Nhóm Glycopeptid
- Vancomycin:

- + Người lớn: 500mg x 4 lần/ngày (TTM).
- + Trẻ em: 11mg/kg/lần x 4 lần/ngày (TTM).

❖ Kháng viêm:

- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
- Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
- Hoặc kháng viêm dạng men:
Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.
Aescin 20mg liều 2 viên x 2 - 3 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt

Người lớn: tùy mức độ đau

- Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai* 2 - 3 lần/ngày.
- Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v* 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.

Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:

- Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày.
Hoặc 50mg 1v* 2 - 3 lần/ngày.
- Ibuprofen 200mg: 1v* 2 - 3 lần/ngày.
(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày)

5.2. Ngoại khoa: tùy vào tình trạng bệnh và diễn tiến lâm sàng, có thể tiến hành chích rạch màng nhĩ dẫn lưu, phẫu thuật rạch áp-xe sau tai hay phẫu thuật mở sào bào dẫn lưu.

5.2.1. Sơ lược kỹ thuật phẫu thuật mở sào bào dẫn lưu

- Gây mê nội khí quản, chích tê tại chỗ.
- Rạch da sau tai, qua mô dưới da, lấy sạch mũ + mô viêm (nếu có).

- Bộc lộ mặt phẫu thuật xương chũm, khoang vào sào bào, lấy sạch mủ + mô viêm -> cấy mủ + kháng sinh đồ.
- Đặt mèche hoặc pencrose dẫn lưu.
- Khâu da thừa hoặc để hở da.

5.2.2. Quy trình điều trị - chăm sóc: Sau mổ phải thay băng, rửa vết mổ, đặt pencrose dẫn lưu mỗi ngày đến khi vết mổ khô sạch, không còn tiết dịch.

6. PHÒNG NGỪA

- Vệ sinh răng miệng, tai, mũi, họng tốt cho trẻ.
- Điều trị tốt các bệnh lý viêm mũi họng, viêm VA, amidan, viêm tai giữa.
- Chế độ ăn hợp lý, tăng cường sức đề kháng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhan Trùng Sơn (2008), "*Tai Mũi Họng quyển 2*", nhà xuất bản Y học TP. HCM, p.425.
2. Nguyễn Hữu Khôi (2007), "*Bài giảng lâm sàng Tai Mũi Họng*", nhà xuất bản Y học TP. HCM, p.83.
3. Nguyễn Tấn Phong (2001), "*Phẫu thuật mở sào bào hài nhi*", *Phẫu thuật tai*, Nhà xuất bản Y Học, trang 73-75.
4. Võ Tấn (1997), *Viêm xương chũm cấp tính, Tai mũi họng thực hành*, Nhà xuất bản Y Học, trang 125 - 143.
5. Anil K Lalwani (2012), "*Current Diagnosis & treatment in Otolaryngology – head and neck Surgery*", the McGraw-Hill Medical, USA, p.674.
6. Blueston CD., Klein JO., *Pediatric otolaryngology*, second edition, Volume I, 521-525.
7. Charles D. Bluestone et al (1990), "*Pediatric Otolaryngology*", W.B Saunders Company, p.537.
8. <http://emedicine.medscape.com/article/2056657>.