

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: BỆNH CHUYÊN KHOA

Ngành/nghề: Y SĨ

Trình độ: TRUNG CẤP

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: BỆNH CHUYÊN KHOA

Ngành/nghề: Y SĨ

Trình độ: TRUNG CẤP

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 63C/QĐ-Bạc Liêu, ngày 26 tháng 03 năm 2020
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu.*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Bệnh chuyên khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Y sĩ của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Y sĩ tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Bệnh học chuyên khoa cho học viên Y sĩ đa khoa; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Y sĩ tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Y sĩ nói chung và Bệnh học chuyên khoa nói riêng.

Giáo trình *Bệnh chuyên khoa* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực *Bệnh chuyên khoa*, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho học viên trình độ trung cấp.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, Ngày 04 tháng 03 năm 2020

Nhóm biên soạn

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Trần Văn Tới

Tổ biên soạn:

1. Trần Tuấn Khí
2. Nguyễn Văn Hùng
3. Huỳnh Quốc Sử

Mục lục

Chương 1: MẮT	1
BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIẢI PHẪU SINH LÝ MẮT	1
BÀI 2. CƠN GLAUCOM CẤP (THIÊN ĐÀU THỐNG).....	8
BÀI 3. SANG CHẤN MẮT - BÓNG MẮT.....	12
BÀI 4. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC.....	20
BÀI 5. VIÊM KẾT MẠC, TẬT KHÚC XẠ	23
BÀI 6. VIÊM MÓNG MẮT, ĐỤC THỦY TINH THỂ (CATARACTE).....	28
BÀI 7. CHẤP, LỆO, MỘNG THỊT, QUẬM	31
Chương 2: TAI, MŨI, HỌNG	34
BÀI 8. GIẢI PHẪU SINH LÝ TAI, MŨI, HỌNG	34
BÀI 9. CHẢY MÁU CAM	39
BÀI 10. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ/ĐƯỜNG ĂN.....	46
BÀI 11. VIÊM HỌNG, VIÊM THANH QUẢN.....	56
BÀI 12. UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG, VIÊM VA, VIÊM AMYDALE.....	67
BÀI 13: VIÊM TAI GIỮA, VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM.....	82
Chương 3: RĂNG HÀM MẶT.....	87
BÀI 14: GIẢI PHẪU SINH LÝ RĂNG MIỆNG.....	87
BÀI 15. SÂU RĂNG, VIÊM TỦY, VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG.....	91
BÀI 16: VIÊM LỢI, VIÊM QUANH RĂNG	97
BÀI 17. NHIỄM TRÙNG VÙNG HÀM MẶT.....	101
BÀI 18: TAI BIẾN DO MỌC RĂNG KHÔN	105
BÀI 19: CHỈ ĐỊNH NHỎ RĂNG SỮA VÀ RĂNG VĨNH VIỄN.....	109
BÀI 20. VỆ SINH PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG.....	114
BÀI 21. VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG.....	121
Chương 4: DA LIỄU	125
Bài 22: GIẢI PHẪU SINH LÝ DA.....	125
Bài 23: BỆNH GHẺ	132
Bài 24: BỆNH HẮC LÀO, CHÀM.....	136
Bài 25: CHỐC, VIÊM DA	142
Bài 26: NHIỄM ĐỘC DA DO THUỐC.....	148
Bài 27: DỊ ỨNG – MÀY ĐAY	151
Bài 28: MÀO GÀ	155
Chương 5: TÂM THẦN	158
Bài 29: ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC	158
Bài 30: TRIỆU CHỨNG HỌC BỆNH TÂM THẦN	160
Bài 31: NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN	163

Bài 32: CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN-SA SÚT TRÍ TUỆ	166
Bài 33: HYSTERIA.....	168
Bài 34: ĐỘNG KINH.....	170
Bài 35: BỆNH TÂM THẦN DO RƯỢU	172
Bài 36: STRESS-RỐI LOẠN TÂM THẦN HÙNG-TRẦM CẢM	174
Bài 37: TÂM THẦN PHÂN LIỆT	177
Bài 38: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN	179

Tên môn học: BỆNH HỌC CHUYÊN KHOA

Mã môn học: Y.20

Thời gian thực hiện môn học: 60 giờ (Lý thuyết: 56 giờ, Kiểm tra: 4 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- Vị trí: môn học Bệnh chuyên khoa được bố trí sau khi sinh viên học xong các môn Giải phẫu- sinh lý, Điều dưỡng cơ bản và kỹ thuật điều dưỡng.

- Tính chất: môn Bệnh học chuyên khoa thuộc nhóm kiến thức chuyên ngành, cung cấp cho sinh viên các kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng và những nguyên tắc xử trí ban đầu cơ bản của các bệnh ngoại khoa thường gặp. Các dấu hiệu phát hiện bệnh sớm, gửi lên tuyến trên những trường hợp vượt quá khả năng. Các biện pháp hướng dẫn người bệnh tự tập luyện phục hồi chức năng vận động và lao động sau khi mắc bệnh ngoại khoa có di chứng ở mức độ nhẹ.

II. Mục tiêu môn học:

1. Về kiến thức:

1.1. Trình bày những kiến thức cơ bản về giải phẫu sinh lý bình thường của mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt, da và các bộ phận phụ thuộc của nó.

1.2. Nêu được những triệu chứng chính về các bệnh cấp cứu và bệnh thường gặp ở tuyến cơ sở.

2. Về kỹ năng:

2.1. Tiến hành khám chuyên khoa đúng kỹ thuật bằng tay sạch, dụng cụ đơn giản một cách tỉ mỉ, thận trọng.

2.2. Chẩn đoán sớm, sơ cứu đúng nguyên tắc, gửi lên tuyến trên kịp thời những trường hợp cấp cứu và bệnh vượt quá khả năng.

3. Về thái độ:

3.1. Giáo dục y tế cho cộng đồng để họ có thể tự phát hiện bệnh, tự phòng bệnh và tự đến cơ sở khám và chữa bệnh.

III. Nội dung môn học:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)		
		TS	LT	Kiểm tra
Chương 1. MẮT				
1	Giải phẫu và sinh lý mắt	2	2	
2	Glocome cấp (thiên đầu thống)	2	2	
3	Sang chấn mắt, bỏng mắt	2	2	
4	Viêm loét giác mạc	1	1	
5	Viêm kết mạc, tật khúc xạ	2	2	
6	Viêm mống mắt, đục thủy tinh thể	2	1	1
7	Chấp, lẹo, mộng thịt, quặm	1	1	
Chương 2. TAI MŨI HỌNG				
8	Giải phẫu sinh lý tai, mũi, họng	2	2	
9	Chảy máu cam	1	1	
10	Hóc xương (dị vật đường ăn, dị vật đường thở)	2	2	
11	Viêm thanh quản, viêm họng	2	2	
12	Ung thư vòm họng, V.A, viêm Amidal	3	2	1
13	Viêm tai giữa, viêm tai xương chũm	2	2	

Chương 3. RĂNG HÀM MẶT				
14	Giải phẫu sinh lý răng miệng	1	1	
15	Sâu răng, viêm tuỷ, viêm quanh cuống răng	2	2	
16	Viêm lợi, viêm quanh răng	2	2	
17	Viêm nhiễm trùng vùng hàm mặt	2	2	
18	Tai biến do mọc răng	1	1	
19	Chỉ định nhổ răng sữa và răng vĩnh viễn	2	2	
20	Vệ sinh phòng bệnh răng miệng	1	1	
21	Viêm niêm mạc miệng	1	1	
Chương 4. DA LIỄU				
22	Giải phẫu sinh lý da	2	2	
23	Bệnh ghẻ	2	2	
24	Hắc lào, eczema	2	2	
25	Chốc, viêm da	1	1	
26	Nhiễm độc do thuốc	2	2	
27	Dị ứng – mày đay	1	1	
28	Mào gà	2	1	1
Chương 5. TÂM THẦN KINH				
29	Đại cương về tâm thần học	1	1	
30	Triệu chứng học bệnh tâm thần	2	2	
31	Nguyên nhân và phân loại bệnh tâm thần	1	1	
32	Chậm phát triển tâm thần và sa sút trí tuệ	1	1	
33	Hysteria	1	1	
34	Động kinh	1	1	
35	Bệnh tâm thần do rượu	1	1	
36	Stress và rối loạn tâm thần hưng- trầm cảm	2	1	1
37	Tâm thần phân liệt	1	1	
38	Các phương pháp điều trị bệnh tâm thần	1	1	
Cộng		60	56	4

Chương 1: MẮT

BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIẢI PHẪU SINH LÝ MẮT

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1.1. Kiến thức

1.1. Trình bày được cấu tạo của mắt và các bộ phận phụ cận.

1.2. Chỉ được trên hình vẽ và mô hình các mốc giải phẫu.

1.3. Nêu được chức năng sinh lý của mắt.

1.2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. GIẢI PHẪU HỌC

Mắt là bộ phận của cơ thể giúp người ta nhận thức về thế giới bên ngoài. Mắt cấu tạo tinh vi gồm bốn phần:

- Bộ phận vận động nhãn cầu
- Nhãn cầu
- Bộ phận bảo vệ nhãn cầu
- Bộ phận sản xuất và bài tiết nước mắt

1. BỘ PHẬN BẢO VỆ NHÃN CẦU: gồm có

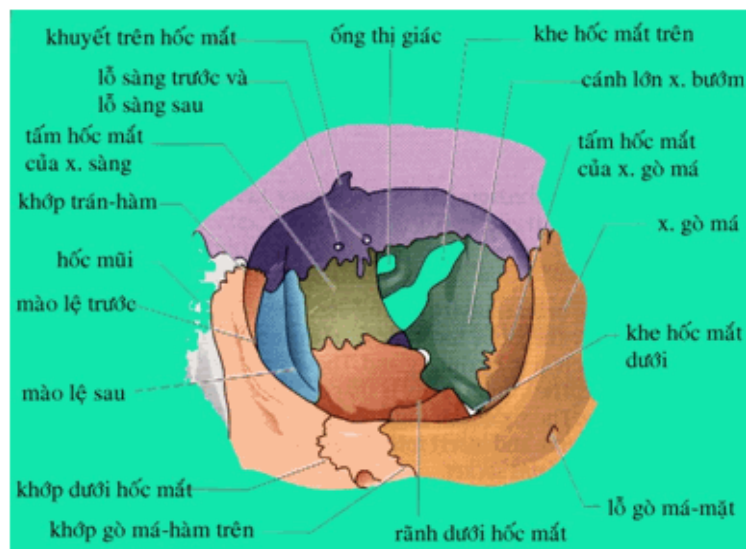
1.1. Hốc mắt

Nằm hai bên sống mũi, hình tháp cụt đỉnh ở sau, đáy hình chữ nhật ở trước gồm có 4 thành:

- Thành trên gồm có xương trán và xương bướm.
- Thành ngoài gồm có gò má và xương bướm.
- Thành trong gồm có xương lệ và xương sàng.
- Thành dưới xương hàm trên.

Phía sau đỉnh hố mắt có một lỗ tròn là lỗ thị giác, có dây thần kinh thị giác đi qua, kế bên là khe bướm chứa các dây thần kinh vận nhãn và mạch máu mắt. Trong hố mắt có một lớp mô liên kết mỡ tạo thành một cái nệm chung quanh nhãn cầu, hố mắt bảo vệ trong các trường hợp chấn thương.

Các thành hố mắt mỏng và có liên hệ trực tiếp với các xoang hàm, xoang má, xoang sàng, xoang trán. Vì thế những viêm nhiễm của các xoang có thể lây trực tiếp sang hố mắt.

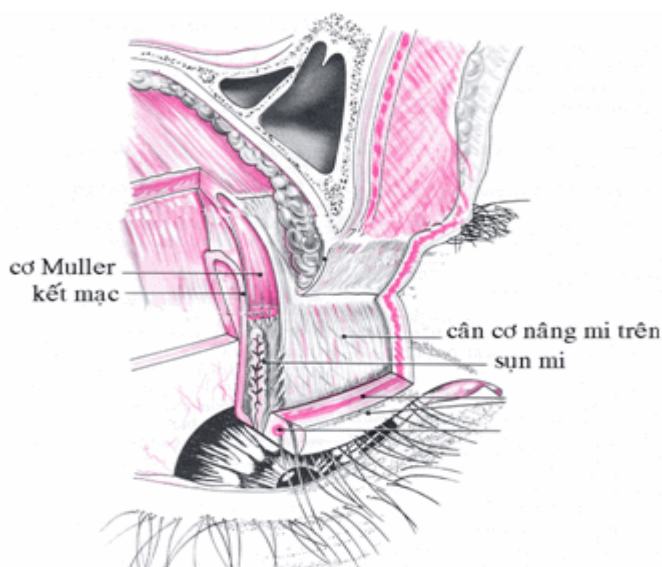


Hình: hốc mắt

1.2. Lông mày

Là hai hàng lông trên ngang với bờ trên hốc mắt, có nhiệm vụ ngăn mồ hôi không cho chảy xuống mắt.

1.3. Mi mắt



Hình: Mi mắt

Là bộ phận bảo vệ phía trước nhãn cầu, mi trên rộng hơn và dày hơn mi dưới, bờ mi có nhiều lông dài và mọc vênh ra phía trước, mi mắt có 2 nhiệm vụ:

- Che bớt ánh sáng

- Ngăn sự đụng chạm vào mắt. Khi tia chớp mắt các bụi bặm vào mắt được đẩy về phía lỗ lệ. Cắt dọc một mi mắt ta thấy từ ngoài vào trong gồm có: 1 lớp da rất mịn lớp cơ vòng mi mắt gồm có nhiều thớ cơ, khi cơ co rút mắt sẽ nhắm lại, 1 lá sụn chiếm cao khoảng 1cm là sườn của mi mắt, bờ trên của sụn là nơi bám của cơ nâng mi mắt, khi cơ này có thể làm mắt mở, chú ý mi dưới không có cơ nâng mi. Trong sụn có nhiều tuyến Meibomius đổ ra bờ tự do của mi.

Sau lá sụn là kết mạc. Kết mạc là một lớp mô trong suốt, ít mạch máu, gắn chặt vào mặt sau của lá sụn rồi gấp lại tạo thành 1 cùng đồ, sau đó trườn qua phía trước nhãn cầu bao bọc phía trước cũng nhắc đến vùng rìa.

Như vậy toàn bộ kết mạc là một cái túi mở ra phía trước, trong túi này chứa nước mắt là một chất nhờn, làm cho mi mắt trườn đi, trườn lại dễ dàng phía trước nhãn cầu.

Ở phía trong kết mạc dày lên tạo thành một cục gọi là u lệ và một gấp gọi là nếp bán nguyệt, nếp bán nguyệt gọi là di tích thứ 3 của mi mắt.

2. NHÃN CẦU

Nhãn cầu hình tròn đường kính 23 - 24 mm gồm có 3 lớp màng bọc từ bên ngoài vào trong là củng mạc, hắc, võng mạc.

2.1. Củng mạc

Củng mạc là lớp vỏ ngoài cùng của nhãn cầu, cấu tạo bởi mô xơ màu trắng nhạt, rất dai chịu đựng sức ép khá mãnh.

2.2. Hắc mạc

Còn gọi là màng bồ đào, là một màng nằm sát ngay bên trong củng mạc, gồm có: 2/3 phía sau gọi là màng bồ đào sau, hoặc mạch mạc, tiếp theo phía trước là thể mi, phần ta thấy được tiếp theo thể mi là mống mắt.

2.2.1. Màng bồ đào sau

Có rất nhiều mạch máu và sắc tố, có nhiệm vụ ngăn không cho ánh sáng đi xuyên qua củng mạc biến phần sau nhãn cầu thành một buồng tối, ngoài ra còn có nhiệm vụ nuôi võng mạc

2.2.2. Thể mi

Là một gờ hình nhẫn có cơ thể mi giúp điều tiết và nếp gấp thể mi tiết ra thủy dịch.

2.2.3. Mống mắt

Là một màng tròn như đồng xu có lỗ ở giữa gọi là đồng tử hay con ngươi, bình thường mống mắt có màu nâu hoặc đen, ở các chủng tộc da trắng mống mắt có màu nâu hoặc xám, mống mắt co giãn tùy theo cường độ ánh sáng chiếu vào mắt, khi mống mắt co giãn sẽ làm đồng tử thay đổi, mống mắt co hay giãn được là nhờ hai loại cơ, cơ vòng làm đồng tử thu nhỏ và cơ tia làm đồng tử giãn ra.

2.3. Võng mạc

Võng mạc là lớp màng trong cùng cấu tạo bởi các tế bào thần kinh thị giác: tế bào hình nón và tế bào hình que hoặc gậy. Vùng dễ cảm xúc nhất là võng mạc tương ứng với cực sau của nhãn cầu được gọi là hoàng điểm (điểm vàng) ở trung tâm hoàng điểm hơi lõm xuống được cấu tạo toàn là tế bào hình nón. Các thớ thần kinh của tế bào thị giác tập trung lại tạo thành thần kinh thị giác, xuyên qua nhãn cầu ở chỗ gọi là gai thị, dây thần kinh thị giác chui qua lỗ thị giác lên não sau đó bắt chéo với dây thần kinh bên kia ở chỗ gọi là giao thoa thị giác, sau đó đi lên thủy chầm là trung tâm thị giác.

2.4. Bộ phận khúc xạ của nhãn cầu

2.4.1. Giác mạc

Chiếm 4/5 chu vi nhãn cầu phía sau, chiếm 1/5 trước nhãn cầu nối liền với củng mạc trong suốt, và hơi phồng lên, đường kính 10 - 11mm, dày 1mm mặt trước của giác mạc bóng láng như mặt đồng hồ. Cấu tạo giác mạc đặc biệt không có mạch máu, nhiều thần kinh cảm giác, giác mạc được nuôi dưỡng bằng sự thẩm thấu từ kết mạc và thủy dịch.

2.4.2. Thủy dịch

Là một thứ nước trong suốt, nằm trong tiền phòng và hậu phòng thủy dịch do thể mi tiết ra. Phía trước tiền phòng là giác mạc, phía sau là mống mắt. Phía trước hậu phòng là mống mắt phía sau là thủy tinh thể.

2.4.3. Thủy tinh thể

Còn gọi là nhân mắt, nằm phía sau mống mắt, trước thủy tinh dịch, hình hạt đậu, mặt sau lồi hơn mặt trước, thủy tinh thể gồm có 3 lớp là bao, vỏ, nhân. Thủy tinh thể được giữ cố định bằng các dây chằng Zinn, dây này treo thủy tinh thể vào với các nếp gấp thể mi. Ở người bình thường ta không thấy thủy tinh thể được vì nó trong suốt, ở tình trạng bệnh lý thủy tinh thể đục, ta sẽ thấy có một đốm trắng ở đồng tử.

2.4.4. Thủy tinh dịch: (Pha lê thể)

Là một chất sệt như lòng trắng trứng, trong suốt nằm phía sau thủy tinh thể, chiếm 2/3 sau của lòng nhãn cầu.

3. BỘ PHẬN VẬN ĐỘNG NHÃN CẦU

Mắt liếc đi, liếc lại, nhìn xuống, nhìn lên, nhờ các cơ bám vào nhãn cầu gọi là cơ vận nhãn gồm có 4 cơ thẳng là: cơ thẳng trên, cơ thẳng dưới, cơ thẳng trong, cơ thẳng ngoài và 2 cơ chéo là cơ chéo trên còn gọi là cơ chéo to hoặc cơ ròng rọc và cơ chéo dưới gọi là cơ chéo bé. Các cơ này do 3 dây thần kinh điều khiển, thần kinh số III (vận nhãn chung thần kinh số IV (thần kinh ròng rọc hoặc cơ chéo to), thần kinh số VI tức là thần kinh vận nhãn ngoài. Nếu có một cơ nào bị liệt, thì nhãn cầu sẽ bị lệch (lé, lác) về phía đối diện với cơ đó, ví dụ liệt cơ thẳng ngoài thì sẽ bị lé trong....

4. BỘ PHẬN SẢN XUẤT VÀ BÀI TẾT NƯỚC MẮT

Bộ phận sản xuất nước mắt gồm có các tuyến lệ, tuyến lệ chính nằm ở góc ngoài trên của hố mắt, tuyến lệ phụ nằm ở cùng đồ. Nước mắt có vị mặn sát khuẩn nhẹ, nước mắt giúp cho giác mạc được ướt và trơn bóng, khi ta chớp mắt nước mắt sẽ chan hoà khắp giác mạc và kết mạc đồng thời lôi cuốn các bụi bặm về phía cùng đồ dưới, để được thải ra ngoài theo các lỗ lệ bộ phận bài tiết nước mắt, còn gọi lệ đạo gồm có: lỗ lệ trên và dưới (lỗ ghèn) tiếp theo lỗ lệ là ống lệ dẫn nước mắt đến túi lệ, túi lệ là một túi chứa nước (nằm trong xương lệ) từ túi lệ nước mắt sẽ theo ống lệ mũi chảy xuống hốc mũi dưới. Khi lệ đạo bị tắt thì bệnh nhân liền sẽ bị chảy nước mắt sống, nước mắt do không chảy vào ống lệ được, sẽ đọng lại cùng đồ mi dưới và trào ra má.

B. SINH LÝ HỌC

1. THỊ LỰC

Thị lực là khả năng của mắt nhận thức được rõ chi tiết hay nói một cách chính xác hơn thị lực là khả năng của mắt nhận thức riêng biệt được hai điểm gần nhau.

1.1. Góc nhìn

Có thị lực tốt tức là có khả năng nhìn phân ly 2 điểm a, b bất kỳ ở một khoảng cách nhất định, nếu nối 2 điểm a, b đến trung tâm quang học trong của mắt nằm trên võng mạc, ta có một góc gọi là góc alpha, đó là góc nhìn hay là góc thị giác. Khoảng cách a, b càng xa thì góc nhìn càng lớn, di chuyển hai điểm a, b đến gần, khi giá trị nhỏ nhất của góc alpha đủ để ta phân biệt hai điểm a, b trước khi thấy chúng nhập lại với nhau, gọi là khả năng phân ly tối thiểu. Theo quy ước mắt bình thường có khả năng phân ly tối thiểu với góc nhìn là 1 phút thị lực của mắt đó là 1. Như thế, thị lực tỷ lệ nghịch với góc nhìn, góc nhìn càng lớn thị lực càng kém.

Ví dụ: - Góc nhìn 1' thị lực $1/1' = 1 = 10/10$

- Góc nhìn 2' thị lực $1/1 = 0,5 = 5/10$

- Góc nhìn 5' thị lực $1/5 = 0,2 = 2/10$

1.2. Cách đo thị lực và yếu tố ảnh hưởng

1.2.1. Cách đo

- Tùy theo bản thị lực, bệnh nhân đứng cách bảng thị lực khoảng 5m hoặc 20 Feet (# 6mm).

- Ánh sáng phải đầy đủ (100 lux).

- Đo từng mắt, thường đo mắt phải trước thì dùng bàn tay che mắt trái lại sau đó đo mắt bên kia tương tự như thế.

- Trước khi đo bệnh nhân phải được nghỉ ngơi 10 phút.

* Có nhiều loại bảng thị lực

- Bảng vòng hở Landolt (gọi là bản chữ C)

- Bảng chữ E Armaignac, hai loại bảng này dùng cho người biết chữ và người không biết chữ.

- Bảng chữ cái snellen (Mỹ)

1.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng

- Ánh sáng

- Sự mệt mỏi của mắt.

- Nhìn bằng 2 mắt thị lực sẽ tăng lên $1/10$

- Khi bệnh nhân bị liệt điều tiết thị lực sẽ giảm

1.3. Thị lực bình thường và không bình thường

Thị lực bình thường là $10/10$, thị lực dưới $10/10$ là không bình thường. Trên bảng đo thị lực ta chỉ đo được đến $1/10$ nếu bệnh nhân có thị lực kém hơn $1/10$ thì ta đo thị lực bằng các phương pháp sau. Đứng xa cách bệnh nhân 5m và cho bệnh nhân đếm ngón tay, nếu bệnh nhân không thấy thì tiến gần bệnh nhân cho đến khi nào bệnh nhân đếm đúng các ngón tay. Sau đó thị lực dưới 1cm thì ta giơ tay trước mặt bệnh nhân xem bệnh nhân đó có phản ứng gì không, nếu có thị lực được ghi, bóng bàn tay, nếu không thấy thì ta rọi đèn vào mắt và bảo bệnh nhân chỉ hướng đèn rọi, nếu chỉ đúng 5 hướng thì ta ghi ánh sáng (+++), nếu chỉ thấy 1 hay 2 hướng thì ghi ánh sáng (+), nếu không cảm giác hướng ánh sáng thì ghi mù ST (-).

2. THỊ TRƯỜNG

2.1. Định nghĩa

Thị trường là khoảng không gian mà mắt có thể bao quát được khi nó nhìn cố định vào 1 điểm. Kiểm tra thị trường để biết tình trạng của võng mạc, chức năng của tế bào thị giác và đường thị giác đi từ mắt đến vỏ não, do nhãn cầu nằm trong hốc mắt bị cản bởi trán, mũi, gò má, nên thị trường không phải là những đường tròn đồng tâm.

2.2. Giới hạn thị trường bình thường

2.2.1. Thị trường một mắt

Võng mạc chứa các tế bào cảm thụ được lát mặt trong nhãn cầu, có cảm thụ đối với ánh sáng đến tận vùng ora-serrata. Trên thực tế nhãn cầu nằm trong hốc mắt, bị cản bởi trán, gò má, mũi, nên thị trường không phải là những đường tròn đồng tâm mà có hình dạng dẹt hơi nằm ngang (Hình 1).

Giới hạn ngoại vi của thị trường bình thường ở phía thái dương là từ 90^0 đến 95^0 , phía dưới là 70^0 , phía mũi là 60^0 và phía trên là từ 50^0 đến 60^0 .

2.2.2. Thị trường hai mắt

Thị trường 2 mắt là khoảng không gian mà hai mắt khi cùng mở quan sát. Ở giữa có một vùng thị trường chung cho hai mắt những vật nằm trong vùng này đều được hai mắt cùng nhìn thấy.

Trên lâm sàng người ta thường nghiên cứu thị trường riêng của mỗi mắt.

3. NHÃN ÁP

3.1. Định nghĩa

Nhãn áp là áp lực của các chất lỏng nhãn cầu đè lên củng mạc.

3.2. Sinh lý: nhãn áp có 2 nhiệm vụ

- Giữ cho nhãn cầu có hình cầu, bảo đảm chức năng quang học của mắt.
- Bảo đảm dinh dưỡng trong nhãn cầu. Để bảo đảm nhãn áp luôn luôn thăng bằng không đổi, có những yếu tố như sau ảnh hưởng đến nhãn áp:
 - + Độ cứng của củng mạc.
 - + Sự lưu thông của thủy dịch, thủy dịch tiết nhiều hơn, hoặc có sự cản trở lưu thông của thủy dịch thì làm nhãn áp tăng lên.
 - + Thủy tinh dịch khi bị kiềm hoá sẽ giữ nước làm tăng nhãn áp.
 - + Ảnh hưởng của hệ giao cảm ở những người dễ cảm xúc, lo âu cáu gắt, thường dễ bị tăng nhãn áp.
 - + Ở những người có nhãn cầu nhỏ dễ bị tăng nhãn áp do sự lưu thông thủy dịch không được tốt.

* Cách đo nhãn áp: có 2 cách

- Dùng tay: dùng hai ngón tay trở của 2 bàn tay đè lên nhãn cầu xem cứng hai mềm.
- Dùng máy Maclakov nhãn áp kế (Liên Xô) hoặc nhãn áp kế Schiotz.
 - + Nhãn áp bình thường theo máy Maclakov từ 12 - 22 mmHg.
 - + Nhãn áp đo máy Schiotz từ 15 - 25 mmHg.

4. SỰ ĐIỀU TIẾT

* Định nghĩa

- Mắt có khả năng nhìn rõ những vật trước dù ở xa hay gần nhờ chức năng điều tiết. Vật càng gần, mắt điều tiết càng nhiều, khi mắt điều tiết thì công suất quang học của mắt thay đổi để ảnh của vật luôn luôn hiện đúng trên võng mạc. Đối với mắt bình thường vật ở vô cực có ảnh hiện đúng trên võng mạc, mắt không cần phải điều tiết cũng nhìn thấy rõ. Đối với 1 mắt bình thường 1 điểm cách xa mắt 5mm coi như là vô cực điểm đó gọi là viễn điểm.

- Khi vật di chuyển lại gần thì ảnh sẽ hiện ra phía sau võng mạc, mắt cần phải điều tiết để đưa ảnh trở về võng mạc, vị trí gần nhất của vật mà mắt điều tiết tối đa còn nhìn thấy rõ gọi là cận điểm, cơ chế điều tiết: có 2 giả thuyết về cơ chế điều tiết là giả thuyết Helmholtz và giả thuyết Tcherning, cho rằng mắt điều tiết được là do cơ thể mi co lại tác động qua dây chằng Zinn, làm cho thủy tinh thể phồng lên, làm tăng công suất quang học của mắt./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thị trường bình thường của một mắt (đo bằng máy Goldman), ngoại trừ:

- A. Rộng 90^0 ở phía thái dương
- B. Nhạy cảm tối đa ở trung tâm
- C. Phía mũi hẹp hơn phía thái dương
- D. Rộng 85^0 ở phía gò má

Câu 2. Các chức năng của nhãn áp, ngoại trừ:

- A. Sự lưu thông của thủy dịch
- B. Nằm dưới củng mạc.
- C. Giữ cho nhãn cầu có hình cầu, bảo đảm chức năng quang học của mắt.
- D. Bảo đảm dinh dưỡng trong nhãn cầu

Câu 3. Các chức năng của nhãn áp, ngoại trừ:

- A. Sự lưu thông của thủy dịch
- B. Nằm dưới củng mạc.
- C. Giữ cho nhãn cầu có hình cầu, bảo đảm chức năng quang học của mắt.
- D. Bảo đảm dinh dưỡng trong nhãn cầu

Câu 4. Các tế bào que có nhiệm vụ?

- A. Tiếp nhận kích thích ánh sáng mạnh
- B. Tiếp nhận màu sắc
- C. Tiếp nhận ánh sáng yếu
- D. Tiếp nhận ánh sáng yếu và màu sắc

Câu 5. Mống mắt còn có tên gọi khác là

- A. lòng đen
- B. lỗ đồng tử
- C. điêm vàng
- D. điêm mù

BÀI 2. CÔN GLAUCOM CẤP (THIÊN ĐẦU THỐNG)

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1.1. Kiến thức

1.1. Nêu được đại cương, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng bệnh glaucom.

1.2. Trình bày được cách phân loại bệnh glaucom

1.3. Trình bày được hướng điều trị bệnh glaucom

1.2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Glaucom là một bệnh rất nặng của một biểu hiện bằng sự tăng nhãn áp, tăng nhãn áp dẫn đến rối loạn tuần hoàn làm cho tế bào thần kinh của mắt bị tổn thương từ đó đưa đến Glaucom, thị lực, thị trường thu hẹp, cuối cùng đưa đến mù loà, có 3 loại Glaucom chính là:

- + Glaucom nguyên phát: chia làm hai nhóm cấp và mãn
- + Glaucom thứ phát
- + Glaucom bẩm sinh

- Con Glaucom cấp nguyên phát có những đặc tính như sau:

- + Xảy ra ở người trên 40 tuổi
- + Nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam
- + Thể trạng dễ cảm xúc, lo âu hơn phái nam
- + Hệ thần kinh giao cảm không được ổn định
- + Mắt nhỏ bị viễn thị dễ bị Glaucom
- + 50% các trường hợp sẽ bị cả 2 cùng 1 lúc
- + Có tính chất di truyền

2. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh Glaucom xảy ra khi sự mất cân bằng trong sản xuất và thoát dịch trong mắt (thủy dịch) làm tăng nhãn áp đến mức không tốt cho mắt. Bình thường, chất lỏng nuôi dưỡng mắt, được sản xuất bởi cơ thể mi phía sau mống mắt (trong hậu phòng) và đi qua đồng tử đến phía trước của mắt (tiền phòng), nơi nó thoát ra các ống dẫn lưu giữa mống mắt và giác mạc (góc tiền phòng). Sự cân bằng giữa sản xuất và thoát thủy dịch giữ cho thủy dịch chảy tự do và ngăn chặn áp lực trong mắt tăng cao.

- Trong bệnh Glaucom, các kênh thoát nước bị tắc nghẽn hoặc bí tắc. Thủy dịch không thể thoát khỏi mắt mặc dù thủy dịch mới đang được sản xuất trong hậu phòng, gây áp lực trong mắt tăng lên. Khi áp lực trở nên cao hơn mức mà dây thần kinh thị giác có thể chịu đựng, thì dây thần kinh thị giác sẽ bị tổn thương. Tổn thương này được gọi là bệnh Glaucom.

- Đôi khi nhãn áp tăng trong phạm vi bình thường nhưng vẫn quá cao đối với thần kinh thị giác có thể chịu đựng được (được gọi là bệnh Glaucom nhãn áp thấp hay Glaucom nhãn áp bình thường).

- Ở hầu hết trường hợp, nguyên nhân của bệnh Glaucom không tìm được, gọi là Glaucom nguyên phát. Khi tìm ra nguyên nhân của bệnh, gọi là bệnh Glaucom thứ phát. Nguyên nhân

của bệnh Glaucom thứ phát bao gồm nhiễm trùng, viêm, khối u, đục thủy tinh thể lớn, phẫu thuật đục thủy tinh thể, thuốc hoặc các bệnh lý khác. Những nguyên nhân này khiến thủy dịch không thể thoát ra, dẫn đến tăng nhãn áp và tổn thương dây thần kinh thị giác.

3. PHÂN LOẠI BỆNH GLAUCOM

Với bệnh Glaucom được chia thành hai loại: Glaucom góc mở và Glaucom góc đóng.

3.1. Glaucom góc mở

So Glaucom góc đóng thì bệnh Glaucom góc mở phổ biến hơn. Trong bệnh Glaucom góc mở, các ống dẫn trong vùng bè dần dần bị tắc nghẽn với các cặn nhỏ li ti trong nhiều tháng hoặc nhiều năm, dù góc tiền phòng vẫn mở nhưng sự thoát thủy dịch vẫn không đầy đủ. Áp lực trong mắt tăng chậm vì thủy dịch được sản xuất với tốc độ bình thường nhưng thoát chậm.

3.2. Glaucom góc đóng

Trong bệnh Glaucom góc đóng các ống dẫn vùng bè bị tắc hoặc bị che do góc giữa mỏng mắt và giác mạc quá hẹp. Sự tắc nghẽn có thể xảy ra đột ngột (được gọi là Glaucom góc đóng cấp), áp lực trong mắt sẽ tăng lên nhanh chóng hoặc từ từ (được gọi là Glaucom góc đóng mãn tính), áp lực trong mắt tăng chậm như trong bệnh tăng nhãn áp góc mở.

3.3. Triệu chứng bệnh Glaucom

3.3.1. Bệnh Glaucom góc mở không gây đau

Cả hai mắt thường bị ảnh hưởng nhưng thường không như nhau. Triệu chứng chính là sự phát triển của các điểm mù, hoặc các mảng mất thị lực, trong nhiều tháng đến nhiều năm. Các điểm mù từ từ phát triển lớn hơn và hợp nhất với nhau. Thị lực ngoại vi thường bị mất trước. Bệnh nhân có thể bị trượt cầu thang, nhận thấy các phần của từ bị thiếu khi đọc hoặc gặp khó khăn khi lái xe. Suy giảm thị lực xảy ra dần dần nên thường không được chú ý cho đến khi giảm nhiều. Bởi vì tầm nhìn trung tâm thường bị mất cuối cùng, nên có hiện tượng “tầm nhìn đường hầm”: họ nhìn thẳng về phía trước một cách hoàn hảo nhưng lại bị mù ở tất cả các hướng khác. Nếu không được điều trị, cuối cùng thị lực đường hầm cũng bị mất và một người trở nên mù hoàn toàn.

3.3.2. Trong Glaucom góc đóng cấp

- Nhãn áp tăng nhanh và người bệnh thường nhận thấy đau mắt và nhức đầu dữ dội, đỏ, mờ mắt, quầng sáng bảy sắc cầu vồng xung quanh đèn và mất thị lực đột ngột. Họ cũng có thể bị buồn nôn và nôn do phản ứng của việc tăng nhãn áp. Bệnh tăng nhãn áp góc đóng cấp tính được coi là một cấp cứu vì mọi người có thể mất thị lực nhanh chóng từ 2 đến 3 giờ sau khi xuất hiện các triệu chứng nếu tình trạng này không được điều trị.

- Trong Glaucom góc đóng mãn tính, nhãn áp tăng chậm và các triệu chứng thường bắt đầu như trong bệnh tăng nhãn áp góc mở. Một số người có thể bị đỏ mắt, khó chịu, mờ mắt hoặc giảm đau đầu khi ngủ. Nhãn áp có thể bình thường nhưng thường cao hơn ở mắt bị ảnh hưởng.

- Những người đã từng bị Glaucom góc mở hoặc Glaucom góc đóng ở một mắt có khả năng phát triển bệnh này ở mắt còn lại.

3.4. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh dựa trên:

- Đo nhãn áp (bình thường từ 11 - 21mmHg)
- Đánh giá dây thần kinh thị giác
- Test thị trường
- Soi góc tiền phòng

- Đo độ dày giác mạc

Chỉ đo nhãn áp là chưa đủ vì 1/3 số bệnh nhân có nhãn áp ở mức bình thường, và một số người có chỉ số nhãn áp cao mà không phải do Glaucom. Vì vậy, bác sĩ cũng sử dụng kính soi đáy mắt và đôi khi các dụng cụ khác (chẳng hạn như chụp cắt lớp quang học) để tìm kiếm những thay đổi trong dây thần kinh thị giác cho thấy tổn thương do bệnh tăng nhãn áp gây ra.

Ngoài ra, kiểm tra thị trường cho phép bác sĩ phát hiện các điểm mù, bằng một máy xác định khả năng nhìn thấy các chấm sáng nhỏ trong tất cả các khu vực của trường thị giác.

4. LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng chức năng

Thường xuất hiện vào đêm khuya, mắt nhức dữ dội, đột ngột, lan lên nửa bên đầu cùng bên, thị lực giảm đột ngột và nhiều, chỉ còn thấy sáng tối, nếu nhìn vào bóng đèn bệnh nhân thấy có quang xanh đỏ.

4.2. Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân mệt lã, buồn nôn và nôn
- Huyết áp tăng, mạch không tăng
- Đôi khi có đau bụng, tăng cảm giác ngoài da

4.3. Triệu chứng thực thể

- Mi mắt phù nề và co quắp, chảy nước mắt. Mắt đỏ do cương tụ rìa đôi khi cương tụ toàn bộ.

- Giác mạc đục mờ như kính bị hà hơi
- Tiền phòng xẹp
- Đồng tử giãn rộng từ 5 - 8mm, méo, phản xạ ánh sáng (-)
- Nhìn đồng tử có màu xanh lục
- Nếu đo nhãn áp thấy nhãn áp tăng 40 - 60 mmHg

4.4. Tiến triển

Nếu không được điều trị đau nhức kéo dài, nhãn áp cao vĩnh viễn, thị lực giảm, dẫn đến mù trong trường hợp này gọi là Glaucom tuyệt đối, nếu điều trị chậm hoặc không điều trị đúng phương pháp thì có thể nhãn áp được hạ thấp, không còn đau nhức nữa nhưng thị lực không hồi phục.

5. ĐIỀU TRỊ

- Khi đã chẩn đoán là Glaucom thị phải phẫu thuật nhưng trước khi phẫu thuật thì phải cho thuốc hạ áp.

- Thuốc nhỏ mắt Pilocarpin 1 - 2 % trong 1 giờ đầu, cách 5 - 10 phút nhỏ 1 lần, sau đó cách 1 giờ nhỏ 1 lần đến khi nào nhãn áp hạ, đồng tử co lại.

- Thuốc nhỏ mắt hạ nhãn áp Timolol, Azopt...

- Thuốc uống Acetazolamide (Diamox) viên 250mg, uống liền 2 viên sau đó cách 6 giờ uống 1 viên mỗi ngày sau 2 - 4 viên.

- Nếu có thuốc tiêm, pha vào dung dịch (500mg) tĩnh mạch chậm.

- Sau 2 - 3 ngày nhãn áp ổn định thì tiến hành phẫu thuật cắt bè củng mạc cắt móng mắt chu biên

- Kết quả phẫu thuật tùy vào bệnh nặng hay nhẹ

- Bệnh nhân đến sớm hay trễ

- Sử dụng thuốc đúng hay không
- Mắt còn lại dùng laser YAG xê mỏng mắt chu biên để điều trị dự phòng./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trước một mắt đỏ, nhức mắt và thị lực giảm. Dấu hiệu nào nghĩ tới cơn Glaucom?

- A. Giác mạc bắt màu Fluoresceine (+)
- B. Đồng tử co
- C. Chảy nước mắt nhiều
- D. Tăng nhãn áp

Câu 2. Trước một bệnh cảnh đau nhức mắt và đỏ mắt, dấu hiệu nào phù hợp với chẩn đoán glaucom cấp?

- A. Cương tụ ngoại vi
- B. Đồng tử giãn, mất phản xạ
- C. Thị lực bình thường
- D. Nhãn áp 12 mmHg

Câu 3. Triệu chứng nào sau đây khẳng định chẩn đoán glaucom?

- A. Thị lực giảm
- B. Thị trường thu hẹp
- C. Nhãn áp cao
- D. Đồng tử méo

Câu 4. Triệu chứng nào sau đây không hướng tới bệnh glaucom?

- A. Thị lực giảm
- B. Thị trường thu hẹp
- C. Giác mạc phù
- D. Đỏ mắt cương tụ ngoại vi

Câu 5. Bệnh glaucom thường gặp đối tượng:

- A. Nam giới
- B. Trên 40 tuổi có tật viễn thị
- C. Trên 40 tuổi có tật cận thị
- D. Có tật loạn thị

BÀI 3. SANG CHẤN MẮT - BỎNG MẮT

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1.1. Kiến thức

1.1.1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng sang chấn mắt và bỏng mắt.

1.1.2. Cách xử trí vết thương ở mắt.

1.1.3. Mô tả được cách sơ cứu một số trường hợp bỏng mắt ở tuyến cơ sở.

1.2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. CHẤN THƯƠNG MẮT

Sang chấn mắt được chia làm hai loại

- Sang chấn đung dập (CONTUSION)
- Vết thương mắt (PLAIESOCULAIRES)

1. SANG CHẤN ĐUNG DẬP

Đung dập là tổn thương không phải do các tác nhân nhọn bén gây ra, mà do các nguyên nhân có bề mặt lớn gây ra như:

- Sức nổ
- Tay
- Gậy không nhọn

Sang chấn đung dập được chia thành nhiều loại tùy theo vị trí bị tổn thương.

1.1. Bộ phận bảo vệ nhãn cầu

1.1.1. Mi mắt

- Xuất huyết hoặc tụ máu dưới mi, cần chú ý đến các đặc điểm sau: Thời gian xuất hiện vết bầm, nếu xuất hiện ngay sau khi bị sang chấn là do tổn thương tại chỗ, nếu xuất hiện chậm vài giờ và một hay hai ngày sau thì nguyên nhân là từ hốc mắt hoặc từ sọ. Đặc biệt trong mức nền sọ sẽ xuất hiện xuất huyết quanh hai mi mắt hình gọng kính.

- Xử trí: Cho đắp nước nóng, thuốc giảm đau, có thể cho thêm thuốc làm tan máu như: Alpha chymotrypsine chích hoặc ngâm. Nếu phù nề có thể cho thêm Corticoide, dự hậu tốt nếu không có tổn thương nhãn cầu kèm theo.

- Sụp mi: Thường là do đứt cơ nâng mi trên đôi khi do liệt thần kinh số III, nếu do liệt thì thường kèm theo lé ngoài, điều trị khó khăn.

1.1.2. Hốc mắt

- Võ trăn hốc mắt do lồi mắt, liệt cơ vận nhãn.
- Sụp sàng hố mắt: nhãn cầu có thể bị lọt vào xoang hàm trên.

1.2. Nhãn cầu

1.2.1. Kết mạc

- Xuất huyết dưới kết mạc đơn thuần hoặc kèm theo các tổn thương khác trong nhãn cầu, đối với xuất huyết kết mạc đơn thuần thì không gây nguy hiểm đến nhãn cầu.

- Xử trí cũng như xuất huyết mi mắt, nếu có tổn thương kèm theo thì cần phải điều trị tổn thương đó trước.

1.2.2. Củng mạc

Củng mạc thường bị nứt quanh rìa, vết nứt hình vòng cung, khi kèm theo có xuất huyết kết mạc thì vết nứt này sẽ bị che lấp khó thấy.

*** *Chẩn đoán dựa vào***

- Nhãn cầu mềm, có thể thấy đốm đen nằm dưới kết đó là hắc mạc hoặc mỏng mắt kẹt vào vết rách của củng mạc.

- Đồng tử có thể méo, nếu nghi ngờ phải tách kết mạc ra để thăm dò.

*** *Xử trí***

- Rách củng mạc cần phải khâu lại sớm nếu không sẽ đưa đến teo nhãn.

- Đối với vết thương củng mạc có kẹt hắc mạc thì cần phải cắt hắc mạc trước khi khâu củng mạc lại.

1.2.3. Giác mạc

- Sốt giác mạc dễ khỏi.

- Đục giác mạc do vết nứt nội bì của giác mạc làm thủy dịch thấm vào giác mạc sẽ tự khỏi trong vòng vài ngày.

- Điều trị có thể cho thêm các loại thuốc có chứa Corticoide nhỏ mắt

1.2.4. Tiền phòng

- Xuất huyết tiền phòng: Đây là tổn thương rất thường gặp trong sang chấn đụng dập của mắt

- Xuất huyết tiền phòng được chia làm 3 mức độ:

+ Độ 1: Lượng máu trong tiền phòng dưới 2mm

+ Độ 2: Lượng máu tiền phòng 2 - 5mm

+ Độ 3: Lượng máu tiền phòng trên 5mm

- Đối với xuất huyết tiền phòng cần xử trí đúng và kịp thời.

* Xuất huyết tiền phòng độ 1: có thể khỏi trong vòng vài ngày chủ yếu là tránh tái phát.

* Xuất huyết tiền phòng độ 2: Nếu bệnh nhân đến trước 5 ngày thì điều trị nội nếu bệnh nhân đến sau 3 ngày thì điều trị ngoại khoa thử một hoặc hai ngày nếu không có kết quả phải phẫu thuật liền để tránh biến chứng thấm máu giác mạc.

- *Điều trị nội khoa:*

+ Băng kính hai mắt, bệnh nhân nằm yên tại giường không được đi lại để tránh chảy máu thêm.

+ Cho các loại thuốc chống chảy máu như vitamin K, C

+ Cho các loại thuốc làm tan máu như Alpha Chymotrypsine uống hoặc chích.

+ Cho nhỏ Atropine làm giãn đồng tử chống dính mỏng mắt.

+ Áp dụng nghiệm pháp uống nước, sáng sớm cho bệnh nhân bụng trống uống 1 lít nước trong vòng 5 - 10 phút để làm tăng lưu lượng sản xuất và bài tiết thủy dịch ra ngoài. Điều trị trong vòng 2 - 3 ngày như thế nếu không bớt thì đặt vấn đề phẫu thuật.

- Điều trị ngoại khoa

Đối với bệnh nhân đến trễ 5 - 6 ngày hoặc điều trị nội khoa không kết quả thì mổ mở tiền phòng lấy máu ra.

* Xuất huyết tiền phòng độ 3

Chỉ điều trị nội khoa trong vòng 1 - 2 ngày mà không đến sau ngày thứ năm thì cần phải phẫu thuật liền.

1.2.5. Móng mắt

Tổn thương ở móng mắt sẽ gây ra

- Giãn đồng tử do đứt cơ vòng móng mắt.
- Đồng tử méo do rách chân móng mắt hoặc kẹp móng mắt vào vết rách cũng mạc.
- Nếu có kèm theo xuất huyết tiền phòng thì tổn thương móng mắt có thể bị che
- Liệt điều tiết do tổn thương của thể mi.

Xử trí: nói chung tổn thương riêng biệt ở móng mắt thì không xử trí. Nếu có kèm theo tổn thương khác thì xử trí các tổn thương kèm theo đó là chủ yếu.

1.2.6. Thủy tinh thể: có thể bị

Lệch thủy tinh thể không hoàn toàn do đứt một số dây chằng Zinn hoặc lệch hoàn toàn do đứt tất cả các dây chằng Zinn

Khi lệch thủy tinh thể hoàn toàn thì thủy tinh thể rơi vào tiền phòng hoặc trong thủy tinh dịch.

* Triệu chứng

- Giảm thị lực
- Móng mắt rung
- Tiền phòng sâu bất thường

Nếu đã chẩn đoán thủy tinh thể rơi thì cần lấy ra sớm vì nó có thể đưa đến các chứng như: tăng nhãn áp, viêm màng bồ đào.

Đục thủy thể: có thể đục ngay sau khi bị chấn thương hoặc một thời gian sau này, nếu đục thủy tinh thể không hoàn toàn thì không phẫu thuật. Chỉ phẫu thuật khi đục toàn bộ.

Vỡ thủy tinh thể: ít gặp

1.2.7. Thủy tinh dịch

Thủy tinh dịch có thể bị xuất huyết, nếu ít gây giảm thị lực, nếu nhiều gây mù, xuất huyết trong thủy tinh dịch không điều trị được.

1.2.8. Vỡng mạc

- Gây phù võng mạc hoặc bong võng mạc
- Đối với phù võng mạc điều trị nội khoa cho các loại thuốc kháng viêm.
- Đối với bong võng mạc cần phải phẫu thuật.

1.2.9. Đứt dây thần kinh thị giác

B. VẾT THƯƠNG MẮT

1. VẾT THƯƠNG MI MẮT: chia làm nhiều loại

- Vết thương song song với bờ mi dễ làm, xử trí như một vết thương ngoài da thông thường.

- Vết thương thẳng góc với bờ mi sẽ làm đứt cơ vòng mi, do đó sẽ làm vết thương mở rộng, khi xử trí may 2 mép vết thương ở bờ tự do trước làm thế nào để cho bờ mi không bị nhấp nhô, sau đó mới khâu phần còn lại.

- Vết thương ở góc trong mi mắt, sẽ làm đứt ống dẫn lệ, cần phải đặt ống thông vào ống dẫn lệ trước khi khâu lại, để đảm bảo cho nước mắt được chảy xuống túi lệ bình thường.

2. VẾT THƯƠNG NHÃN CẦU

2.1. Vết thương nông

- Nếu kết mạc bị rách, thường không cần khâu lại vì kết mạc bệnh nhân sẽ tự lành chỉ cần khâu lại khi bờ vết rách nham nhở hoặc có kèm theo rách củng mạc hoặc giác mạc

- Đối với vết thương dưới 1 mm không cần khâu lại.

- Vết thương có dị vật thì cần phải lấy dị vật ra trước.

2.2. Vết thương thủng nhãn cầu

- Có đặc điểm phôi mống mắt qua vết rách giác mạc, tiền phòng xẹp, thủy tinh thể có thể bị đục, vỡ hoặc rơi ra ngoài qua vết rách của giác mạc, tiền phòng có thể có mủ hoặc máu.

+ Nếu vết thương rộng mất thủy tinh dịch nhiều sẽ đưa đến teo nhãn

+ Nếu bị nhiễm trùng thêm sẽ đưa đến viêm mủ nội nhãn.

+ Đối với vết thương có kẹt mống mắt không xử trí đúng hoặc xử trí trễ, sẽ đưa đến nhãn viêm giao cảm, tức là mắt còn lại sẽ bị viêm màng bồ đào. Cuối cùng đưa đến mù lòa.

- Vết thương có dị vật: đối với các vết thương nhãn cầu do miếng đạn,... trong nhãn cầu khó thấy nhưng xảy ra phản ứng tại chỗ như:

+ Mất đồ

+ Chảy nước mắt

+ Thị lực giảm

+ Viêm mống mắt

Cần phải chụp X-quang mới phát hiện được, khi đã chẩn đoán vết thương có dị vật (là các mảnh kim loại) thì cần phải phẫu thuật lấy dị vật ra, trong trường hợp mắt đã mù, không lấy dị vật mảnh ra được thì phải mù mắt bỏ.

3. XỬ TRÍ

3.1. Vết thương nông (chưa thủng)

- Chống nhiễm khuẩn bằng cách cho kháng sinh toàn thân và cho nhỏ thuốc có chứa kháng sinh.

- Chống đau cho nhỏ thuốc tê tại chỗ như: Dicacine

- Chống dính mống mắt cho nhỏ thuốc Atropine 1%, nếu có dị vật phải rửa sạch mắt bằng nước muối hoặc nước chín, dùng 1 que quần gòn ở đầu lấy dị vật ra, nếu dị vật nằm sâu trong giác mạc cần phải đưa đến chuyên khoa xử trí.

* Chú ý: không làm dị vật đâm sâu vào thêm.

3.2. Vết thương thẳng nhãn cầu

- Rửa vết thương nhẹ nhàng bằng nước muối tránh làm phôi tổ chức nội nhãn.

- Ly hết các chất bẩn ra (không nên dùng tay bóc). Cho nhỏ thuốc chứa kháng sinh.

* Chú ý không sử dụng Pomat dưới mọi hình thức (vì Pomat thuốc mỡ sẽ chui vào nhãn cầu gây kích thích)

- Cho tiêm kháng sinh toàn thân và giảm đau bằng các loại thuốc giảm đau thông thường, tiêm SAT.

- Chuyển đến tuyến chuyên khoa xử trí tiếp.

B. BỎNG MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng mắt là một cấp cứu đáng lo ngại do tình trạng nặng và thường xảy ra ở hai mắt. Bệnh còn đáng lo ngại bởi trong những hình thái nặng, không có phương pháp điều trị có khả năng dẫn đến hồi phục với một thị lực hữu ít.

2. SINH LÝ BỆNH

2.1. Bỏng hoá chất

Là loại bỏng nguy hiểm nhất và trầm trọng nhất. Nhiều loại hoá chất có thể gây bỏng và bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu phụ thuộc vào nồng độ và pH của hoá chất.

2.1.1. Bỏng do acid

Sự nguy hiểm của các acid tùy thuộc vào nồng độ của chúng: acid loãng thường chỉ gây những tổn thương nhẹ và nông, acid đặc hoặc nguyên chất rất độc hại những acid có pH dưới 2,5 gây những tổn thương hoại tử nặng của giác mạc.

2.1.2. Bỏng do bazơ

- Bỏng bazơ là bỏng trầm trọng nhất.

- Bỏng nặng do sự lan toả của bazơ vào mắt theo bề rộng và chiều sâu và tác dụng liên tục trong nhiều ngày. Điều đó nói lên tầm quan trọng của việc rửa mắt tức thì, yếu tố thiết yếu của tiên lượng. Khó có thể tiên lượng ngay lúc đầu và luôn phải dè dặt, ngay cả những trường hợp tổn thương ban đầu không nặng lắm.

- Những biến chứng thứ phát của bỏng bazơ rất nặng: viêm màng bồ đào trước (do bazơ xâm nhập vào trong tiền phòng, móng mắt và thể mi), đục thể tinh (do xâm nhập vào thể thủy tinh), Glaucom (do đông các cấu trúc vùng bè), hội chứng khô mắt (do huỷ hoại ống ngoại tiết của các tuyến lệ).

2.1.3. Các hoá chất khác

- Các dung môi (cồn, aceton, ete, formol) gây những tổn thương giác mạc nông, có tiên lượng tốt.

- Các chất tẩy rửa (bột giặt) ít nguy hiểm.

- Các khí cay mắt, gây kích thích giác - kết mạc làm chảy nước mắt giàn giụa, nhất thời và hồi phục nhanh, nhưng cũng có thể gặp những bỏng mắt nặng do bắn trực tiếp hoá chất vào mắt hoặc trong những trường hợp nổ lựu đạn cay mắt trong môi trường kín.

- Các khí làm rộp da (Yperit, khí độc chiến tranh) gây những tổn thương mắt rất nặng có thể dẫn đến mất mắt.

- Các kim loại nặng cũng nguy hiểm.

- Các chất kích thích ăn mòn (lưu huỳnh, Clo, Photpho, Asen), rất hay được dùng trong công nghiệp, ít nguy hiểm hơn.

2.2. Bỏng nhiệt

- Bỏng do lửa

+ Bỏng lửa nói chung ít nguy hiểm cho mắt vì nhãn cầu thường được bảo vệ bằng phản xạ chớp mắt và lớp nước mắt.

+ Tuy nhiên, tổn thương mi mắt có thể nặng và cuối cùng gây biến chứng co rút phải đặt vấn đề phẫu thuật tạo hình.

- Bỏng do chất lỏng nóng (nước hoặc dầu sôi): Loại này thường ít nặng (bong biểu mô giác mạc không trầm trọng vì chất lỏng nguội nhanh).

2.3. Bỏng do điện

- Dòng điện cao thế: Gây những bỏng da rất sâu, không đau, vô trùng, diện tích hạn chế có thể dẫn đến đục giác mạc hoặc đục thủy tinh thể sớm hoặc muộn, thường đục dưới bao.

- Sét đánh: Có thể là căn nguyên đục thủy tinh thể

2.4. Bỏng do bức xạ cực tím

2.4.1. Tia cực tím

- Hồ quang điện, đèn để làm rám da hoặc để sát trùng, phơi nắng trên núi cao (ophtalmie des neiges), trên biển hoặc trong sa mạc có thể gây bỏng do bức xạ.

- Triệu chứng xuất hiện 6 - 10 giờ sau khi phơi nắng, có thể đau dữ dội, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, có thất mi và phù kết mạc.

- Khám sinh hiển vi: giác mạc mắt bóng, lâm tẩm bắt màu fluorescein (viêm giác chẩm nông).

- Bệnh khỏi trong vòng vài ngày không để lại di chứng.

2.4.2. Chấn thương do ánh sáng

- Do quan sát thiên thực, gây bỏng hoàng điểm do khúc xạ các tia hồng ngoại bước sóng ngắn của mặt trời.

- Những dấu hiệu thường ở hai mắt, gồm loá mắt, mờ mắt hiện thời dần dần tăng lên thành một ám điểm có thể tồn tại đến nhiều ngày đến nhiều tháng hoặc vĩnh viễn.

- Phù hoàng điểm ít nhiều, tùy theo cường độ và thời gian phơi nắng, có thể tiến triển tới sẹo hoàn điểm vĩnh viễn và mất thị lực trung tâm.

2.4.3. Bức xạ ion hoá (tia X và gamma)

Những bức xạ này có thể là căn nguyên của đục thủy tinh thể, thường gặp nhất là hình thái đục vỏ sau hình chén (cataracte en cupule postérieure).

3. XỬ TRÍ

3.1. Điều trị tức thì

* Sau khi khỏi bệnh nhanh chóng để xác định hoàn cảnh tai nạn, thời gian xảy ra và chất gây bỏng, cần:

- Rửa mắt với nhiều nước và kéo dài hoặc bằng huyết thanh sinh lý, hoặc bằng nước, tại nơi xảy ra tai nạn.

- Không bao giờ được trung hoà acid bằng bazơ hoặc ngược lại.

- Lấy các mảnh cứng hoặc dị vật.

- Để bệnh nhân nhìn ăn nếu dự kiến phẫu thuật, cho thuốc an thần hoặc giảm đau.

- Chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa mắt để thực hiện:

+ Rửa mắt với nhiều nước, kéo dài 15 phút bằng huyết thanh sinh lý, lặp lại thường xuyên, sau khi tra thuốc gây tê tại chỗ (để có thể khám và săn sóc mắt).

+ Lấy những mảnh cứng trong khi lật kết mạc cùng đồ.

+ Rửa lệ đạo nếu có thể thấy các điểm lệ.

- + Tra thuốc kháng sinh phổ rộng.
- + Ta thuốc Atropin cho phép làm giảm đau (do mắt được nghỉ ngơi và giảm phản ứng viêm).

* Có thể phối hợp điều trị:

- Thuốc tra mắt kháng men Colagenaza nếu không có loét giác mạc (Colagenaza do những tế bào giải phóng ra tiêu huỷ nhu mô giác mạc).
- Thuốc tra mắt corticoit: làm giảm phản ứng viêm, phù giác mạc nguy cơ sinh tân mạch, nhưng làm chậm quá trình lành sẹo tạo thuận lợi cho hoạt động của Colagenaza.
- Chống chỉ định thuốc tra mắt gây tê vì nó làm chậm quá trình lành sẹo.
- Có thể dùng các thuốc tra heparin, vitamin C hoặc các thuốc lành sẹo giác mạc.
- Kháng sinh toàn thân dùng trong trường hợp bỏng nặng.

* Cần xác định xem bệnh nhân đã tiêm chủng phòng uốn ván chưa.

* Kính tiếp xúc mềm hút nhiều nước đóng vai trò băng bó có thể được dùng trong một số trường hợp như một màng bảo vệ hoặc màng chứa thuốc.

* Trong những trường hợp nặng, có thể phải tiến hành

- Chọc tiền phòng, chỉ định chủ yếu trong bỏng bazơ để tháo thủy dịch và corticoit hoà tan vào tiền phòng.

- Tiêm heparin dưới kết mạc có tác dụng dẫn mạch dưới kết mạc để chống thiếu máu kết mạc.

- Trường hợp bỏng độ 2 hoặc độ 3, có thể quyết định điều trị phẫu thuật tức thì.

Đó là phẫu thuật Passow, gồm cắt kết mạc hoại tử và rạch kết mạc quanh rìa giác mạc đồng thời phủ một phần giác mạc. Phẫu thuật này ngoại trừ chất ăn mòn, làm tăng sức sống của kết mạc và làm trong giác mạc. Phẫu thuật này thường kết hợp với chọc tiền phòng và nó tốt hơn ghép kết mạc do miếng ghép bắt không tốt ở cơ địa này. Cuối cùng không nên ghép giác mạc nóng, trừ một số trường hợp vết thương xuyên.

3.2. Kiểm kê tổn thương

- **Mi mắt:** tìm hoại tử bờ tự do, tổn thương các điểm lệ, tổn thương kết mi nếu có thể lộn được mi.

- **Kết mạc:** cần phân biệt những tổn thương xuất tiết, ít nhiều có chảy máu, ít nặng, với những tổn thương do thiếu máu cục bộ: trong trường hợp này, kết mạc có vẻ trắng ra, không có mạch máu, không xuất huyết khi châm kim (thử nghiệm Amsler). Những tổn thương này kèm theo tổn hại nặng ở kết mạc sâu, tiền lượng không tốt.

- **Giác mạc**

+ Những vết loét rộng (mất hoàn toàn biểu mô giác mạc, dễ tạo những loét mãn tính có tân mạch).

+ Phù giác mạc, biểu hiện tổn thương trầm trọng của giác mạc, với những nếp gấp ở mặt nếp gấp của màng Descemet).

+ Giảm hoặc mất cảm giác giác mạc, thường nặng và là căn nguyên của loét giác mạc mãn tính (đĩ nhiên là phải đánh giá cảm giác giác mạc trước khi tra thuốc gây tê tại chỗ).

- **Tiền phòng:** có thể có phản ứng viêm với dấu hiệu Tyndall (viêm màng bồ đào trước), cho phép chỉ định chọc tiền phòng trong trường hợp bỏng nặng. Muộn hơn, có thể có giải phóng sắc tố từ mống mắt thấy được mặt sau giác mạc (Viêm nang descemet sắc tố) và trong thủy dịch (Tyndall sắc tố).

- Nhãn áp bằng nắm hai ngón tay

Không thể đo nhãn áp bằng nhãn áp kế trong trường hợp tổn thương giác mạc.

- Thủy tinh thể

Đục thủy tinh thể có thể thấy trong trường hợp bong bazo nặng.

4. ĐIỀU TRỊ:

* Đó là điều trị di chứng

- Mi mắt có thể có những sẹo co kéo gây lộn mi, quặm, lông xiêu đòi hỏi phải phẫu thuật.

- Lệ đạo: có thể bị tắc (vì thể việc bình của hệ đạo cấp cứu rất quan trọng)

- Kết mạc: trường hợp dính mi-cầu đòi hỏi phải tái tạo kết mạc cùng đồ bằng niêm mạc miệng.

- Sẹo giác mạc: ghép giác mạc nếu điều kiện cho phép

* Trường hợp giác mạc đục “trắng như sứ” có tân mạch, có thể ghép giác mạc nhưng tiên lượng xấu vì giác mạc nhận có chất lượng tồi và nguy cơ loại miến ghép cao. Hơn nữa, thường kèm theo khô mắt. Khô mắt nặng là chống chỉ định ghép giác mạc.

- Góc mỏng-giác mạc: có thể tổn thương và gây glaucom thứ phát.

- Thủy tinh thể: có thể có những dính mỏng mắt- thủy tinh thể sau viêm màng bồ đào, hoặc đục thủy tinh thể./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Người bệnh xuất huyết tiền phòng cần cung cấp lượng nước uống là:

- A. 10 ml/kg/24giờ B. 15 ml/kg/24giờ C. 20 ml/kg/24giờ D. 25 ml/kg/24giờ

Câu 2. Người bệnh bị bỏng vôi cần rửa mắt bằng dung dịch nào sau đây?

- A. Cloroxit 4‰ B. NaCl 9‰ C. Glucose 5% D. Argylol 1%

Câu 3. Người bệnh xuất huyết tiền phòng, uống thuốc đông y tốt nhất là:

- A. Cam thảo B. Ngũ gia bì C. Tam thất D. Bông mã đề

Câu 4. Bệnh nhân Nguyễn Văn Ba 50 tuổi vào viện lúc 21 giờ với lý do: bị đâm vào mắt phải. Sau khi khám, mắt phải đau nhức, nhìn mờ hẳn đi. Điều dưỡng nhận bệnh phải làm gì?

- A. Đo thị lực nhãn áp B. Cho uống thuốc giảm đau
C. Tra dung dịch Cloroxit 4‰ D. Báo cáo bác sĩ

Câu 5. Bệnh nhân A 47 tuổi vào viện với lý do: mắt trái bị vữa xây nhà bán vào. Bệnh nhân thấy chói cộm, đau rát, không mở mắt được. Điều dưỡng phải làm gì trước tiên?

- A. Rửa mắt bằng dung dịch NaCl 0,9%
B. Rửa mắt bằng dung dịch acid acetic
C. Gạt hết vữa trong mắt và rửa mắt bằng dung dịch glucose 20%
D. Rửa mắt bằng nước sạch

BÀI 4. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm loét giác mạc.
- 1.2. Trình bày được biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm loét giác mạc.
- 1.3. Trình bày cách phòng chống bệnh viêm loét giác mạc.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Giác mạc là một màng trong suốt nằm phía trước nhãn cầu là nơi tiếp xúc đầu tiên của mắt với bên ngoài. Một tổn thương nhỏ trên giác mạc cũng làm giảm thị lực rất nhiều nếu tổn thương nằm ngay giữa giác mạc tương ứng với đồng tử. Giác mạc gồm 5 lớp từ ngoài vào trong là:

- Lớp thượng bì còn gọi là lớp biểu mô gồm một hoặc hai lớp tế bào có khả năng sinh sản mãi mãi.
- Màng Bowman: là 1 màng mỏng đàn hồi không có khả năng tái sinh khi tổn thương, lành sẽ để lại sẹo.
- Lớp mô nhũ: Chiếm phần lớn bề dày của giác mạc không có mạch máu
- Màng Descemet: là một màng mỏng rất dai
- Lớp nội mô: gồm một lớp tế bào hình khối

Giác mạc không có mạch máu, do đó sự nuôi dưỡng của giác mạc do sự thẩm thấu từ các mạch máu của kết mạc và từ thủy dịch.

2. NGUYÊN NHÂN

Loét giác mạc thường là bội nhiễm sau 1 chấn thương là trầy giác mạc.

2.1. Sang chấn

- Trong nông nghiệp do hạt thóc, lá lúa quẹt vào mắt
- Trong công nghiệp do mạt sắt tiện văng vào mắt
- Trong sinh hoạt bị ném đất cát vào mắt, bị tay cào mắt,....

2.2. Do nhiễm virus thuộc nhóm Herpes

Vết loét nông có hình cành cây (DENDRITIC)

2.3. Biến chứng của mắt hột

Ở bệnh nhân bị mắt hột lâu ngày có biến chứng lông quặm, lông quặm quẹt vào giác mạc sẽ gây loét giác mạc.

2.4. Do suy dinh dưỡng

Chủ yếu là thiếu vitamin A do bú sữa bò hoặc sau những bệnh như: sởi, tiêu chảy kéo dài thường gặp ở trẻ từ 3 tháng - 2 tuổi.

2.5. Do điều trị phản khoa học

Cạo gió, cắt, lễ.

2.6. Do nhắm mắt không kính

Trong những trường hợp bệnh nhân bị những bệnh như liệt dây thần kinh VII, lồi mắt, mi lộn ra ngoài (ectropion) hoặc ở những bệnh nhân hôn mê lâu ngày, giác mạc không được bảo vệ, sẽ đưa đến bệnh loét giác mạc.

2.7. Do mất cảm giác ở giác mạc

Đưa đến loạn dưỡng giác mạc, gặp trong những bệnh nhân bị Zona mắt, hoặc bệnh nhân bị cắt hạch GASSER (của dây thần kinh sinh ba V).

3. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Vi trùng, vi nấm, virus Acanthamoeba.

4. LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ thể

Bệnh nhân nhức mắt lan lên đầu nhưng không nhiều như Glaucom cấp

- Sợ ánh sáng: chảy nước mắt và co quắp mi, khi ánh sáng rọi vào mắt
- Không có ghèn
- Giảm thị lực: thị lực giảm nhiều hay ít tùy theo vị trí và mức độ của loét, vết loét càng gần trung tâm thị lực giảm càng nhiều.

4.2. Triệu chứng thực thể

- Cương tụ rìa
- Muốn chẩn đoán loét giác mạc cần phải nhuộm màu để thấy tổn thương trên giác mạc
- Vết loét nhuộm màu thường có hình dạng thay đổi tùy theo nguyên nhân, nhưng nói chung vết loét bờ không đều nham nhở ăn sâu xuống giác mạc làm cho giác mạc không còn bóng láng nữa, vết loét thường có màu trắng nhạt hoặc xám trắng nhưng nếu không nhuộm ta có thể lộn loét giác mạc và viêm kết mạc hoặc sẹo giác mạc, nhuộm vết loét bằng:
 - + Fluore Sceine 1%: chất nhầy có màu cam khi nhuộm sẽ thành màu xanh lá cây nếu có loét.

+ Blue de Methylen có thuốc đỏ thì gây bắt màu nếu có loét.

+ Khi loét nhiều có thể có mũ tiền phòng

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Loét giác mạc nếu không điều trị đúng và đúng phương pháp ít khi điều trị khỏi mà sẽ đưa đến hậu quả trầm trọng như: thủng giác mạc, phôi mỏng mắt

- Phòng màng Descemet
- Sẹo giác mạc dày

6. ĐIỀU TRỊ

- Vi Trùng Kháng sinh, Vigamox, Cravit,....
- Vi nấm: Natamycin 5%, Amphotericin B,.....
- Virus: Acyclovir
- Acanthamoeba: thuốc chống amip Propamidin Isethionat 0,1% (Brolene) tra 2 giờ/ lần phối hợp kháng sinh, kháng nấm.
- Điều trị hỗ trợ
 - + Giảm đau
 - + Atropin 1%/2 lần/ngày để chống dính, liệt điều tiết

+ Tăng cường sức đề kháng

- Khi đã loét giác mạc hoặc nghi ngờ loét giác mạc thì tuyệt đối không sử dụng thuốc nhỏ mắt có chứa Corticoid./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thị lực của người bệnh viêm loét giác mạc

- A. Giảm trầm trọng
- B. Giảm ít
- C. Không giảm
- D. Giảm tùy vị trí tổn thương

Câu 2. Triệu chứng thực thể đúng nhất trong loét giác mạc là:

- A. Mi sưng nề bầm tím
- B. Kết mạc cương tụ chu biên
- C. Giác mạc phù đục
- D. Giác mạc bất thuốc nhuộm

Câu 3. Viêm loét giác mạc gây hoại tử nhanh ở trẻ sơ sinh thường do vi khuẩn:

- A. Bạch cầu
- B. Phế cầu
- C. Lậu cầu
- D. Giang mai

Câu 4. Thuốc tra mắt không được dùng trong viêm loét giác mạc là:

- A. Atropin
- B. Corticoid
- C. Ofloxacin
- D. Neomycin

Câu 5. Triệu chứng thực thể trong viêm loét giác mạc, ngoại trừ:

- A. Sợ ánh sáng
- B. Không có ghèn
- C. Sụp mi mắt
- D. Giảm thị lực

BÀI 5. VIÊM KẾT MẠC, TẬT KHÚC XẠ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm kết mạc và tật khúc xạ.
- 1.2. Trình bày được biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm kết mạc và tật khúc xạ.
- 1.3. Trình bày cách phòng chống bệnh viêm kết mạc và tật khúc xạ.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. VIÊM KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc là bệnh khá phổ biến chiếm 80% số bệnh nhân đến nơi khám mắt. Kết mạc bao quanh nhãn cầu và mặt sau của mi mắt, do đó kết mạc thường xuyên tiếp xúc với gió, bụi, sức nóng,..., nên dễ bị viêm nhiễm. Viêm kết mạc mắt là một bệnh có tính chất xã hội thường gây thành dịch, trong các loại viêm kết mạc bệnh mắt hột nổi lên hàng đầu đối với tính chất lâm sàng đặc biệt, và những tổn thương có thể gây mù loà.

2. LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng chung

2.1.1. Triệu chứng chủ quan

- Bệnh nhân có cảm giác cộm nóng trong mắt như có cát.

+ Chảy nước mắt

+ Sợ ánh sáng

+ Có nhà 1 hoặc nhiều, thị lực không giảm hoặc rất ít

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- *Cường tụ (mắt đỏ)*: Là do các mạch máu giãn ra làm cho kết mạc có màu đỏ trong viêm kết mạc chủ yếu chỉ có cường tụ nông.

- *Phù nề*: Làm cho kết mạc bong lên, không còn áp sát vào nhãn cầu nữa, chỗ làm bóng đôi khi lộ ra khỏi khe mi.

- *Xuất tiết (tiết tố)*: Là 1 chất xuất tiết do các tế bào nhầy tiết ra, thường có màu vàng hoặc màu xanh nhạt, chứa nhiều vi trùng, tiết tố là yếu tố làm lây lan bệnh.

- *Màng giả* (thường do bệnh bạch hầu): Là do một lớp tơ huyết (Fibrin) khô đặc lại, gặp trong viêm kết mạc bạch hầu hoặc đôi khi cũng gặp trong viêm kết mạc do phế cầu.

- *Gai máu*: Là khối tổ chức liên kết bị thâm lậu và tăng sinh, ở giữa thường có 1 mao mạch.

- *Hột*: là tập hợp các tế bào thành những đám, tế bào này, phát triển thành 1 khối u lồi lên khỏi bề mặt của kết mạc, có loại hột có thể kẹp bẻ, nhưng cũng có loại kẹp không bẻ gọi là nang, tùy theo vị trí tiến triển của hột, thường hột là một yếu tố đặc hiệu của những bệnh sau:

+ Mắt hột

+ Viêm kết mạc

+ Viêm kết mạc do virus

2.2. Một số viêm kết mạc khác

- Viêm kết mạc mủ do lậu cầu trùng
- Viêm kết mạc họng hạch
- Viêm kết mạc bong mắt
- Viêm kết mạc nội thể sơ sinh
- Viêm kết mạc mùa xuân
- Viêm kết mạc do tắc lệ đạo

3. BIẾN CHỨNG

Nhiều loại viêm kết mạc có xu hướng tự khỏi như APC do Chlamydia, một số viêm kết mạc do dị ứng,... Tuy nhiên có một số loại viêm kết mạc có diễn biến bệnh lý đáng quan tâm như:

- Viêm kết mạc do cầu khuẩn lậu có thể nhanh chóng chuyển sang viêm loét giác mạc và tiếp đó là biến chứng thủng nhãn cầu.
- Viêm kết mạc do virus APC: khoảng 1 tuần sau lúc khởi phát viêm kết mạc sẽ xuất hiện viêm kết mạc chấm nông. Bệnh nhân cảm thấy mắt bị kích thích, chói, chảy nước mắt và giảm thị lực.
- Viêm kết mạc mùa xuân: nhú gai quá phát ở kết mạc sụn mi trên kết hợp với các yếu tố bệnh lý khác của tình trạng dị ứng-miễn dịch tại mắt gây ra loét trượt nông ở giác mạc.
- Viêm kết mạc có giả mạc: nếu không được bóc đi và kết hợp dùng thuốc tích cực tình trạng viêm sẽ kéo dài và sẽ để lại sẹo dùm ở kết mạc,...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nước mắt nhân tạo

Nước mắt nhân tạo thường là phương pháp điều trị OTC đầu tiên được các bác sĩ khuyên dùng. Nước mắt nhân tạo không chứa chất bảo quản có thể giúp giảm viêm và khô mắt đi kèm với chứng đau mắt đỏ.

4.2. Thuốc nhỏ mắt kháng sinh

- Là phương pháp điều trị chính cho bệnh viêm kết mạc do vi khuẩn, nhưng không phải lúc nào cũng cần thiết.
- Hầu hết các trường hợp đau mắt đỏ do vi khuẩn đều nhẹ và tự lành trong vòng một đến hai tuần mà không cần điều trị. Tuy nhiên, nhiễm trùng do vi khuẩn thực sự thường không tự khỏi và sẽ cần đến thuốc kháng sinh.
- Ngoài các loại thuốc khác, bác sĩ nhãn khoa có thể kê toa thuốc nhỏ mắt có chứa một trong các loại kháng sinh sau: Erythromycin, ciprofloxacin, azithromycin, levofloxacin, ofloxacin..., Viêm kết mạc do virus có thể tự khỏi và không cần điều trị bằng thuốc kháng sinh. Tuy nhiên, thuốc kháng virus có thể được sử dụng trong những trường hợp hiếm, nghiêm trọng hơn.

4.3. Các thuốc khác

Các trường hợp viêm kết mạc dị ứng nghiêm trọng hơn thường được điều trị bằng thuốc nhỏ mắt steroid, thuốc kháng histamine kê đơn và chất ổn định tế bào mast, thường ở dạng thuốc nhỏ mắt như: alcaftadine, epinastine...

5. PHÒNG BỆNH

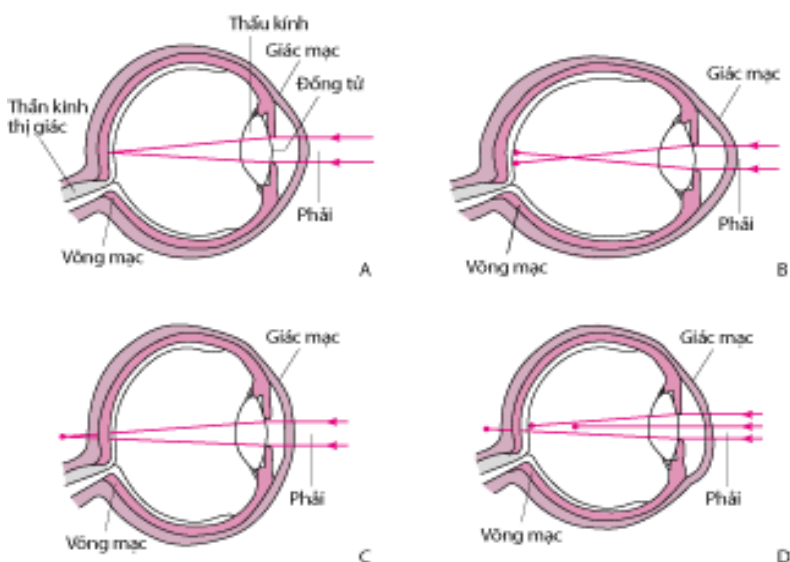
Nếu chúng ta có những kiến thức cơ bản về bệnh viêm kết mạc chúng ta có thể tránh được sự lan truyền và nhiễm bệnh cho bản thân và người nhà

- Sử dụng khăn, vật dụng cá nhân riêng trong gia đình và nơi làm việc
- Không dụi mắt, che miệng- mũi khi hắt hơi, chảy mũi.
- Rửa tay thường xuyên đặc biệt sau khi tiếp xúc với người bệnh, ở nơi công cộng (trường học, bệnh viện, cơ quan có người bị viêm kết mạc)
- Sử dụng dung dịch vệ sinh tay
- Nếu sử dụng kính tiếp xúc cần được bác sĩ tư vấn và khám khi có triệu chứng cộm xốn, chảy nước mắt. Ngâm rửa vệ sinh contact lens hằng ngày
- Mang kính bảo vệ mắt khi ra ngoài, trong môi trường làm việc ô nhiễm khói bụi, mang kính khi bơi.
- Tăng cường bổ sung các chất dinh dưỡng như vitamin C, A, E...
- Viêm kết mạc có nhiều nguyên nhân và có thể gây nên giảm thị lực không hồi phục nên bạn cần đến khám và tư vấn bác sĩ chuyên khoa mắt.

B. TẬT KHÚC XẠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Ở mắt chính thị (khúc xạ bình thường), ánh sáng đi vào nhãn cầu hội tụ trên võng mạc bởi giác mạc và thủy tinh thể tạo hình ảnh sắc nét được truyền về vỏ não. Thủy tinh thể có khả năng đàn hồi nhiều hơn ở người trẻ. Trong quá trình điều tiết, cơ thể mi sẽ điều chỉnh hình dạng thủy tinh thể để tạo hình ảnh sắc nét. *Tật khúc xạ là tình trạng mắt không thể hội tụ hình ảnh trên võng mạc gây nhìn mờ.*



TẬT KHÚC XẠ

Chính thị; (B) cận thị; (C) viễn thị; (D) loạn thị.

1.1. Cận thị

Ánh sáng hội tụ trước võng mạc do giác mạc quá cong hoặc trục nhãn cầu quá dài hoặc cả hai. Nhìn xa mờ nhưng vẫn có thể nhìn gần rõ. Cần đeo kính lõm (phân kỳ) để sửa tật cận thị. Cận thị ở trẻ em thường tiến triển đến khi trẻ dừng lớn.

1.2. Viễn thị

Ánh sáng hội tụ ở sau võng mạc do giác mạc quá dẹt, trục nhãn cầu quá ngắn, hoặc cả hai. Ở người lớn, nhìn cả gần và xa đều kém. Trẻ em và thanh thiếu niên viễn thị nhẹ vẫn có thể nhìn rõ vì còn khả năng điều tiết. Cần sử dụng thấu kính lồi (hội tụ) để sửa tật viễn thị.

1.3. Loạn thị

Bề mặt cong phi tuyến (thay đổi) của giác mạc hoặc thủy tinh thể khiến ánh sáng hội tụ theo các phương khác nhau (đứng, chéo, ngang) ở các vị trí khác nhau. Cần sử dụng kính trụ (một phần cắt ra từ hình trụ) để sửa tật loạn thị. Một trục của kính trụ không có công suất, trục còn lại có thể là hội tụ hoặc phân kỳ.

1.4. Lão thị

Là mất khả năng thay đổi hình dạng thủy tinh thể để hội tụ ánh sáng lên võng mạc do ảnh hưởng của tuổi tác. Thông thường, lão thị sẽ biểu hiện ở những người ngoài tuổi 40. Một thấu kính hội tụ được sử dụng để quan sát các vật gần. Các thấu kính này có thể được cắt thành kính gọng riêng biệt hoặc thành kính hai tiêu hay đa tiêu cự.

1.5. Bất đồng khúc xạ hai mắt

Là sự chênh lệch đáng kể khúc xạ của 2 mắt (thường là > 3 đi ốp). Khi chỉnh kính, bất đồng ảnh võng mạc hai bên sẽ xuất hiện gây cản trở sự kết hợp hai hình ảnh và dẫn tới sự ức chế của vỏ não tới một trong hai hình ảnh.

2. TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng sớm của tật khúc xạ là nhìn xa hoặc gần mờ hoặc cả hai. Đôi khi co thắt cơ thể mi có thể dẫn tới đau đầu. Nheo mắt kéo dài khi sử dụng mắt cũng có thể dẫn đến nhức đầu. Thỉnh thoảng, khi quá tập trung nhìn vào một điểm có thể dẫn đến khô bề mặt nhãn cầu, gây kích ứng mắt, ngứa, mỏi mắt, cảm giác dị vật và đỏ mắt. Mỏi mắt khi đọc và nháy mắt nhiều hoặc dụi mắt là triệu chứng tật khúc xạ ở trẻ em.

3. CHẨN ĐOÁN

- Kiểm tra thị lực
- Khúc xạ
- Khám mắt toàn diện

Kiểm tra thị lực và khúc xạ (xác định tật khúc xạ) cần định kỳ tiến hành 1 đến 2 năm một lần. Kiểm tra thị lực của trẻ giúp phát hiện các tật khúc xạ trước khi ảnh hưởng đến học tập. Khi bác sĩ mắt hoặc chuyên viên khúc xạ *khám mắt tổng quát*, cần đồng thời kiểm tra khúc xạ của bệnh nhân.

4. ĐIỀU TRỊ

- Kính mắt
- Kính áp tròng
- Phẫu thuật khúc xạ

Các phương pháp điều trị tật khúc xạ bao gồm kính đeo mắt, kính áp tròng, và phẫu thuật khúc xạ.

Cận thị và viễn thị được chỉnh bằng kính cầu. Kính lõm dùng để chỉnh cận thị, là kính trừ và phân kỳ. Kính lồi dùng để chỉnh viễn thị, là kính cộng và hội tụ. Loạn thị được chỉnh bằng kính trụ. Đơn kính có 3 thông số. Số đầu tiên là công suất cầu (trừ với cận thị, cộng với viễn thị). Số thứ hai là công suất trụ (cộng hoặc trừ). Số thứ ba là trục loạn thị. Ví dụ, đơn thuốc cho bệnh nhân loạn cận có thể đọc là $-4.50 + 2,50 \times 90$, và bệnh nhân loạn viễn có thể đọc là $+3,00 + 1,50 \times 180$.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thị lực được phụ trách bởi:

- A. Dĩa thị
- B. Thị thần kinh
- C. Võng mạc
- D. Vùng hoàng điểm

Câu 2. Chức năng của kết mạc mắt là:

- A. che phủ toàn bộ bề mặt nhãn cầu và mặt trong mi mắt
- B. Đảm bảo cho mi mắt không dính chặt vào nhãn cầu
- C. Có thể trượt dễ dàng trên bề mặt nhãn cầu mà không gây tổn thương cho giác mạc
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 3. Lâm sàng của viêm kết mạc được đặc trưng bởi:

- A. Mắt đỏ, đau nhức, thị lực giảm
- B. Mắt đỏ, đau nhức, đồng tử dẫn
- C. Mắt đỏ, tăng tiết tố, thị lực không biến đổi.
- D. Mắt đỏ, thị lực giảm, đồng tử co

Câu 4. Dấu hiệu khách quan của viêm kết mạc cấp là:

- A. Cương tụ rìa giác mạc
- B. Mủ tiền phòng
- C. Giác mạc loét rộng
- D. Tiết tố làm dính chặt hai bờ mi

Câu 5. Biến chứng của viêm kết mạc có diễn biến bệnh lý đáng quan tâm, ngoại trừ:

- A. Viêm kết mạc do cầu khuẩn lậu
- B. Viêm kết mạc mùa xuân
- C. Viêm kết mạc có giả mạc
- D. Viêm kết mạc do dị ứng

BÀI 6. VIÊM MÓNG MẮT, ĐỤC THỦY TINH THỂ (CATARACTE)

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm màng mắt và đục thủy tinh thể.

1.2. Trình bày được biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm màng mắt và đục thủy tinh thể.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. VIÊM MÓNG MẮT (VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: viêm màng bồ đào trước là tình trạng viêm màng mắt thể mi

1.2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân ngoại sinh: là tác nhân gây bệnh từ bên ngoài xâm nhập vào mắt như chấn thương xuyên thủng nhãn cầu, bỏng mắt, loét giác mạc gây thủng, phẫu thuật nội nhãn.

- Nguyên nhân nội sinh: là do tác nhân gây bệnh từ bên trong cơ thể người bệnh như:

+ Kháng nguyên thủy tinh thể: thủy tinh thể quá chín, thoát chất nhân, rách bao.

+ Nhân viên giao cảm: mắt bên kia bị viêm màng bồ đào do chấn thương nhưng không được xử trí tốt và sớm gây viêm màng bồ đào mắt bên này.

+ Nhiễm trùng TMH gây viêm màng bồ đào.

+ Nhiễm trùng ở mọi nơi khác nhưng vi trùng hay độc tố vi trùng vào máu đến mắt gây viêm màng bồ đào.

+ Bệnh lý toàn thân như: xơ cứng bì, lupus ban đỏ hệ thống, gout, tiểu đường,....

2. LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau mắt liên tục, âm ỉ, tăng lên khi cử động nhãn cầu.

- Thị lực giảm vừa phải

- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Co quắp mi

- Cương tụ rìa

- Giác mạc không loét, mặt sau có hiện tượng lắng đọng tế bào viêm.

- Tiền phòng có hiện tượng Tyndall, đó là tế bào viêm, fibrin.

- Đồng tử co nhỏ, phản xạ kém hoặc mất có thể thấy những điểm dính móng vào mặt trước thủy tinh thể nếu dính hoàn toàn gọi là tít đồng tử.

- Tiền phòng có mủ.

- Nhãn áp thường mềm, tuy nhiên nếu tít đồng tử thì nhãn áp tăng cao.

3. ĐIỀU TRỊ

- Dẫn đồng tử và liệt thể mi: Atropin 1% nhỏ mắt 2 lần/ngày

- Thuốc kháng viêm Corticoid là thuốc chủ lực
 - + Nhỏ mắt: Pred Forle, Flumetholon...
 - + Tiêm cạnh nhãn cầu: Methylprednisolon acetat...
 - + Toàn thân: uống Prednisolon trên 1mg/kg/ngày rồi giảm liều dần mỗi 1 - 2 lần.
 - + Tiêm corticoid vào dịch kính
 - + Thuốc kháng viêm Nonsteroid trong trường hợp chống chỉ định Corticoid.
 - + Thuốc ức chế miễn dịch: sử dụng khi Corticoid không đáp ứng.

B. ĐỤC THỦY TINH THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy tinh thể là một thấu kính hai mặt lồi trong suốt nằm sau mống mắt, thủy tinh thể được treo vào thể mi bằng dây chằng Zinn. Thủy tinh thể được cấu tạo bên ngoài là một vỏ bao, trong là chất thủy tinh thể gọi là nhân. Ở người trẻ dưới 35 tuổi, mặt sau của thủy tinh thể dính vào vỏ bọc của thủy tinh dịch, khi về già sẽ tách ra tạo thành một khoảng trống gọi là khoảng Berger. Khi thủy tinh thể mất tính trong suốt trở nên trắng đục làm cho ánh sáng không lọt vào võng mạc được thì gọi là bệnh đục thủy tinh thể.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Theo nguyên nhân: gồm

- Đục thủy tinh thể bẩm sinh
- Đục thủy tinh thể bệnh lý
- Đục thủy tinh thể do chấn thương
- Đục thủy tinh thể thứ phát

2.2. Theo hình thái: có những loại sau

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bệnh xuất hiện ở người già trên 50 tuổi bị cả 2 mắt nhưng thường không đều.

3.1. Triệu chứng chức năng

- Thị lực giảm dần không đều ở hai mắt lúc đầu bệnh nhân cảm thấy như nhìn qua một lớp khói sau đó thị lực giảm nhiều chỉ còn thấy bóng bàn tay hoặc sáng tối, trong suốt thời gian thị lực giảm bệnh nhân không đau nhức gì cả.

- Độ lão thị giảm dần, nguyên nhân là do khi thủy tinh thể bắt đầu đục co cứng lại làm tăng công suất quang học bù trừ độ lão thị. Nên bệnh nhân có thể nhìn gần thấy rõ mà không mang kính già, trường hợp này gọi là quá lão.

3.2. Triệu chứng thực thể

Khám bằng ánh sáng chéo, thấy thủy tinh thể đục toàn bộ có màu trắng xám đôi khi có ánh sáng xa cừ, nếu thủy tinh thể chưa đục hết cần phải soi đáy mắt mới phát hiện được, đôi khi ta có thể thấy được hiện tượng bóng treo, bệnh tiến triển theo bốn thời kỳ.

- *Thủy tinh thể bắt đầu bị đục:* Thường ở trung tâm. Khi khám cần phải cho giảm đồng tử soi đáy mắt mới phát hiện được.

- *Thủy tinh thể căng phòng:* Do hiện tượng giữ nước, lúc này thủy tinh thể đục và phòng lên, nếu mắt bệnh nhân nhỏ tiền phòng cạn, thì có thể gây nên một cơn Glaucom cấp thứ phát.

- *Thủy tinh thể chín:* Lúc này thủy tinh thể thu nhỏ lại như trước, trở thành một khối rắn, lỏng hoặc thành một màng trắng đục, thường phẫu thuật giai đoạn này.

- *Thủy tinh thể quá chín*: Thủy tinh thể đục hoàn toàn, thần kinh thị giác không còn hoạt động, ở giai đoạn này không còn chỉ định phẫu thuật.

3.3. Điều trị

3.3.1. Điều trị nội khoa

Cho đến hiện nay không có loại thuốc nào có thể điều trị cũng như làm chậm và phòng đục thủy tinh thể. Các thuốc có trên thị trường như: Qinox, posod... chỉ hy vọng làm chậm tiến triển đục thủy tinh thể nhưng kết quả rất mơ hồ.

3.3.2. Điều trị ngoại khoa

* Chỉ định

Thường tùy thuộc vào yêu cầu cải thiện chức năng thị giác của bệnh nhân. Thầy thuốc cần căn cứ vào tình trạng chức năng thị giác có gây khó khăn trong công tác sinh hoạt hằng ngày cho bệnh nhân hay không để quyết định phẫu thuật. Tuy nhiên phần lớn lệch nhân phẫu thuật trong giai đoạn TL < 1/10

* Các phương pháp mổ

- Lấy thủy tinh thể trong bao: lấy toàn bộ thủy tinh thể
 - Lấy thủy tinh thể ngoài bao: lấy toàn bộ nhân và vỏ thủy tinh thể để lại phần bao sau và một phần bao trước để đặt thủy tinh thể nhân tạo.
 - Phương pháp tán nhuyễn thủy tinh thể bằng siêu âm (PHACO): nhân thủy tinh thể được lấy ra sau khi đã được tán nhuyễn bằng đầu siêu âm qua đường mổ nhỏ. Đây là phương pháp phẫu thuật tiên tiến hiện nay giúp bệnh nhân phục hồi thị lực cao và nhanh chóng./.
- CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

Câu 1. Triệu chứng quan trọng nhất trong bệnh viêm mống mắt:

- A. Kết mạc cương tụ lan toả
- B. Giác mạc phù đục
- C. Đồng tử co nhỏ, phản xạ kém
- D. Mi mắt sưng nề đỏ

Câu 2. Nguyên nhân chính gây viêm mống mắt:

- A. Do thiếu nước mắt
- B. Do viêm xoang
- C. Do sang chấn
- D. Do yết tố di truyền

Câu 3. Tra thuốc đúng nhất cho người bệnh viêm mống mắt:

- A. Dung dịch Cloroxit 4%
- B. Dung dịch atropin sulfat 1%
- C. Dung dịch Gentamycin 0,5%
- D. Dung dịch Hydrocortisol

Câu 4. Nguyên nhân đục thủy tinh thể tuổi già là do:

- A. Do nhiễm trùng
- B. Do tăng huyết áp
- C. Do rối loạn chuyển hoá thủy tinh thể
- D. Do viêm màng bồ đào

Câu 5. Triệu chứng đúng nhất trong đục thủy tinh thể ở tuổi già:

- A. Mi mắt không sưng nề
- B. Kết mạc cương tụ lan toả
- C. Giác mạc trong thoái hoá rìa
- D. Đồng tử trắng, phản xạ (+)

Câu 6. Theo dõi thị lực trong đục thủy tinh thể tuổi già:

- A. Giảm nhiều
- B. Giảm ít
- C. Giảm tùy mức độ đục
- D. Giảm hoàn toàn

BÀI 7. CHẤP, LỆO, MỘNG THỊT, QUẶM

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh chấp, lệo, mộng thịt, quặm.
- 1.2. Trình bày được hướng xử trí các bệnh chấp, lệo, mộng thịt, quặm.
- 1.3. Trình bày cách phòng chống bệnh chấp, lệo, mộng thịt, quặm.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. CHẤP (CHALAZION)

- Chấp là một tình trạng viêm mãn tính của tuyến Meibomius.
- Biểu hiện bởi 1 khối u nhỏ ở mi mắt. Khởi đầu, chấp thường không đau, không đỏ chỉ gây khó chịu hoặc cộm ở mi mắt
- Chấp tiến triển lớn dần làm mất thẩm mỹ ở mi mắt, khi sắp vỡ da phía trên hơi đỏ bệnh nhân đau ít.
- Chấp thường vỡ vào mặt trong kết mạc, ít khi vỡ ra da mi, để tự nhiên chấp ít khi tự khỏi thường gây ra các loại bướu hạt hoặc bướu gai ở kết mạc.

* Điều trị

Đối với chấp nhỏ không có phương pháp đặc hiệu xử trí như lệo nhỏ đắp nước nóng, giảm đau đối với chấp to không để chấp vỡ tự nhiên gây sẹo xấu, phải rạch và nạo sạch chất nhầy bên trong chấp.

2. LỆO

Là một tình trạng viêm cấp tính tuyến chân lông mi hoặc tuyến Meibomius. Lệo thường xảy ra ở trẻ em hoặc là ở lứa tuổi dậy thì, nhất là ở phái nữ.

2.1. Nguyên nhân

Là do nhiễm tụ cầu, yếu tố thuận lợi là sự rối loạn kích thích tố ở tuổi dậy thì

2.2. Triệu chứng

- Giai đoạn khởi phát 1 - 2 ngày đầu cảm giác nóng, đau mi nhất là khi sờ nắn, trên da mi hay kết mạc mi xuất hiện mảng đỏ.
 - Giai đoạn toàn phát: 2 - 4 ngày giữa vùng da mi hay kết mạc mi viêm đỏ xuất hiện mụn mủ màu vàng.
 - Giai đoạn vỡ mủ 4 - 6 ngày vỡ mủ, bệnh nhân giảm đau.
- Tùy theo vị trí của tuyến bị tổn thương mà ta có nhiều hình thái lệo khác nhau.

2.3. Tiến triển

Để tự nhiên lệo sẽ vỡ ra nhưng có thể để lại sẹo xấu ở mi mắt hoặc nếu vỡ vào trong mắt trong kết mạc thì có thể gây nên một bướu hạt hoặc bướu gai.

2.4. Xử trí

Nếu lệo còn nhỏ chưa có mủ cho đắp nước ấm, uống thuốc giảm đau và nhỏ Collyre có kháng sinh.

Nếu lệo đã có mủ, cần phải rạch để thoát mủ.

2.5. Phương pháp rạch lẹo

Nếu lẹo nằm ở mặt trong kết mạc thì rạch thẳng góc bờ mi, sau khi rạch xong cần phải nạo kỹ để lấy hết mũ, chất nhầy ra.

3. MỘNG THỊT

3.1. Đại cương

Mộng thịt là sự phát triển của kết mạc ăn lan vào giác mạc, mộng thịt có hình tam giác định hướng về phía giác mạc, mộng thịt được chia làm ba phần: đáy nằm ở kết mạc, thân và đầu nằm ở giác mạc.

Mộng thịt thường xuất hiện kết mạc ở phía trong (mũi) đôi khi xảy ra ở kết mạc phía thái dương.

Mộng thịt được xem như 1 hiện tượng kích thích của kết mạc đối với các tác nhân như gió, cát, ánh sáng,....

Mộng thịt thường thấy ở nông dân, tài xế, các dân vùng biển,...

3.2. Triệu chứng

Mộng thịt được chia làm 3 mức độ tùy theo sự phát triển

- Độ I: Đầu của mộng thịt nằm ở bờ giác mạc
- Độ II: Giữa bờ đồng tử và rìa
- Độ III: đến đồng tử hoặc vượt qua

Mộng thịt thường không gây triệu chứng đặc biệt, thỉnh thoảng làm bệnh nhân xốn cộm, chảy nước mắt, nếu mộng thịt phát triển nhiều che bít đồng tử thì làm giảm thị lực, trong trường hợp mộng thịt bị xơ hoá, sẽ là giới hạn vận động nhãn cầu.

3.3. Điều trị

Mộng thịt nếu làm giảm thị lực hoặc làm giới hạn vận động nhãn cầu thì có thể phẫu thuật cắt bỏ hoặc vùi xuống cùng đồ. Thường mộng thịt chỉ được mổ khi ở độ 2 - độ 3 mộng thịt độ 1 mổ dễ tái phát. Tỷ lệ tái phát sau mổ tương đối cao, do đó sau khi mổ xong người ta thường kết hợp điều trị thêm bằng tia beta (tia phóng xạ) hoặc cho thuốc Mitomycin C trong khi mổ. Hiện nay phương pháp ghép kết mạc được ưa chuộng để tránh tái phát.

4. QUẶM MI

Đó là sự lộn vào trong của bờ mi, ở nước ta quặm mi thường do biến chứng của bệnh mắt hột.

4.1. Hình thái lâm sàng

- Quặm do tuổi già
- Quặm do sẹo
- Quặm cơ học
- Quặm do thất
- Quặm bẩm sinh

4.2. Điều trị

Chủ yếu là phẫu thuật tạo hình làm cho bờ mi không lộn vào trong nữa./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Bệnh nhân bị chắp nên xử trí biện pháp nào sau đây:

- A. Chườm nóng
- B. Tra pomade kháng viêm
- C. Tra pomade kháng sinh
- D. Chích nạo lấy cả võ bọc

Câu 2. Triệu chứng trong lệo mắt, ngoại trừ:

- A. Bờ mi tấy lên một điểm, mi sưng đỏ
- B. Kết mạc vùng lệo phù nề rất nhiều
- C. Sờ có một khối cứng dưới da mi
- D. Thấy đau nhói ở nơi sắp mọc lệo

Câu 3. Các nguyên nhân sau đây thường xuyên gây nên mộng thịt, ngoại trừ:

- A. Mắt hột
- B. Lệo
- C. Cát bụi
- D. Gió

Câu 4. Triệu chứng đặc hiệu trong mộng thịt

- A. xón cộm
- B. Chảy nước mắt
- C. Che bít đồng tử thì làm giảm thị lực
- D. Mộng thịt bị xơ hoá, vẫn không giới hạn vận động nhãn cầu

Câu 5. Nguyên nhân gây biến chứng trong bệnh mắt hột là do:

- A. Thâm lậu
- B. Hột
- C. Sẹo
- D. Viêm nhiễm

Chương 2: TAI, MŨI, HỌNG

BÀI 8. GIẢI PHẪU SINH LÝ TAI, MŨI, HỌNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được cấu tạo sơ lược ba phần của tai.
- 1.2. Trình bày được cấu tạo và liên quan của tai giữa.
- 1.3. Trình bày được cấu tạo mũi xoang và phân tích được mối liên quan giữa mũi xoang với các chuyên khoa răng hàm mặt, mắt, thần kinh.
- 1.4. Trình bày được cấu tạo và liên quan họng, thanh quản.
- 1.5. Trình bày chức năng chính của tai, mũi, họng.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. TAI

1. CƠ THỂ HỌC

Tai gồm 3 phần: Tai ngoài, tai giữa và tai trong

1.1. Tai ngoài: gồm vành tai và ống tai ngoài

- Vành tai có hình loa lồi lõm. Từ ngoài vào trong lần lượt là gò vành, gò đối vành, đối bình, bình tai và phần dưới cùng là daí tai. Vùng lõm thông với lỗ tai là loa tai. Vành tai được cấu tạo bởi da, sụn và mỡ.

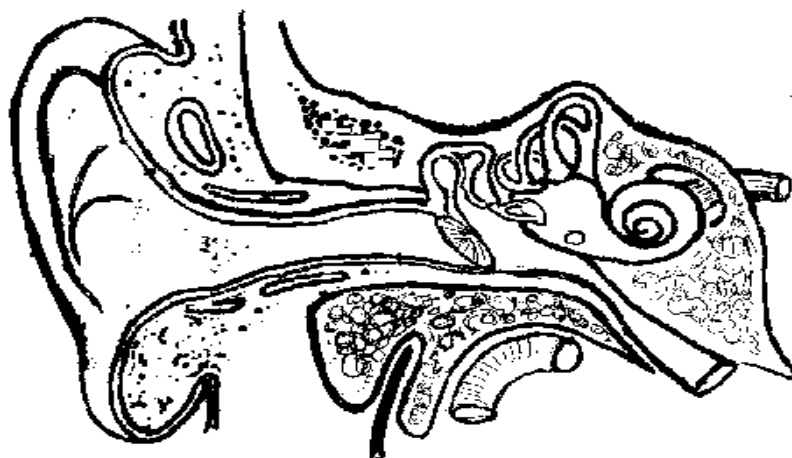
- Ống tai ngoài: là một ống hơi cong bắt đầu từ lỗ tai cho đến màng nhĩ. Ống tai ngoài được cấu tạo bởi sụn và xương. Bên trong lòng ống tai được che phủ bởi da có lông mịn và các tuyến tiết ra ráy tai.

1.2. Tai giữa: gồm hộp nhĩ, vòi nhĩ và xương chũm

- Hộp nhĩ: (hòm nhĩ) là một xoang rỗng trong xương đá có niêm mạc che phủ. Bên trong hộp nhĩ có các xương nhỏ của tai (xương búa, xương đe, xương bàn đạp); Các xương này lần lượt tiếp khớp với nhau bắt đầu từ màng nhĩ đến cửa sổ bầu dục của tai trong.

- Vòi nhĩ: là một ống được cấu tạo bởi xương và sụn, có niêm mạc che phủ. Ống này đi từ mặt trước hộp nhĩ thông ra đến yết hầu ở lỗ vòi nhĩ.

- Xương chũm: là một khối xương hình núp vú ở phía sau ống tai ngoài và thông với mặt sau hộp nhĩ.



Trong xương chũm có nhiều hang hốc gọi là xoang chũm thông thương với hộp nhĩ.

1.3. Tai trong: Gồm mê nhĩ xương và mê nhĩ màng

- Mê nhĩ xương gồm 3 phần: phần trước là ốc tai, phần giữa là tiền đình và phần sau là 3 ống bán khuyên. Mê nhĩ xương thông với bên trong hộp sọ bằng ống tai trong và là vỏ bọc của mê nhĩ màng.

- Mê nhĩ màng: nằm bên trong mê nhĩ xương giống như thân ốc sên nằm trong vỏ ốc, cũng gồm 3 phần là ốc tai màng và các ống bán khuyên màng. Từ ốc tai phát sinh các sợi thần kinh thính giác, từ tiền đình và ống bán khuyên phát sinh các sợi thần kinh tiền đình, hai thành phần thần kinh này hợp lại tạo nên thần kinh sọ VIII (thần kinh thể - thính). Thần kinh sọ VIII ra khỏi tai trong qua lỗ tai trong để đến hành tủy và chia thành các phần đến các trung tâm thính giác hoặc tiền đình não bộ.

2. SINH LÝ

Tai có 2 chức năng: thính giác và thể giác

2.1. Thính giác: dẫn truyền và tiếp nhận âm thanh

- Vành tai có nhiệm vụ hứng sóng âm và phản xạ vào ống tai ngoài đến màng nhĩ.

- Màng nhĩ, các xương nhỏ của tai có nhiệm vụ dẫn truyền và tăng cường độ của âm thanh đi từ màng nhĩ đến cửa sổ bầu dục của ốc tai.

- Ốc tai có nhiệm vụ biến đổi các rung động của âm thanh nhận được thành các xung thần kinh thính giác, chuyển đến trung khu thính giác của não.

2.2. Thể giác: giữ cảm giác tư thế của thân thể, nhất là đầu.

Hệ thống tiền đình và các ống bán khuyên của tai tham gia vào chức năng giữ thân bằng này có 3 phần.

- Bộ phận xác định tư thế của thân thể: gồm thị giác, xúc giác, cảm giác vận động của cơ và hệ thống tiền đình - ống bán khuyên.

- Trung tâm điều chỉnh: gồm hành tủy, cầu não, tiểu não. Trung tâm này tiếp nhận cảm giác tư thế và phát ra các xung thần kinh điều khiển các cơ vận hoạt động giữ thăng bằng cho cơ thể.

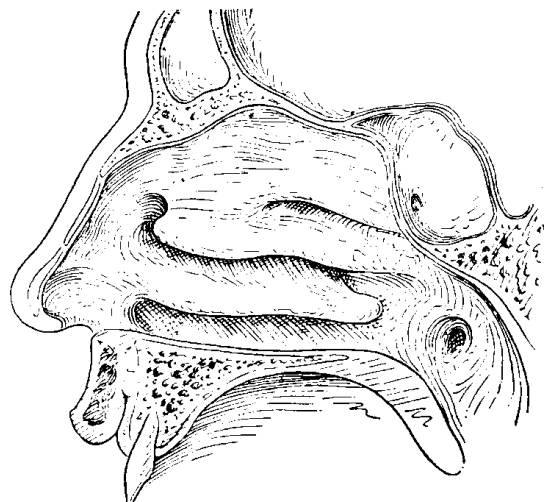
- Các cơ toàn thân và dây thần kinh điều khiển: co giãn theo sự điều chỉnh của trung tâm để giữ thăng bằng cho cơ thể.

B. MŨI VÀ XOANG

Mũi là cửa ngõ của đường hô hấp trên, không khí đi qua mũi được đảm bảo về ba yếu tố: lọc sạch, sưởi ấm lên 37° (bằng nhiệt độ cơ thể) vào bầu hòa độ ẩm. Do vậy mũi được cấu tạo khá đặc biệt để phù hợp với nhiệm vụ quan trọng đó.

1. HÓC MŨI

Hốc mũi là một xoang đi từ cửa mũi trước ra sau thông với vòm họng, được che ở phía trước bởi **mũi ngoài** có hình tháp tam giác nằm ở giữa mặt, có cấu tạo là xương chính mũi và sụn cánh mũi. Ở chính giữa có **vách ngăn mũi** phân ra 2 hốc mũi phải và trái.



Sàn hốc mũi là phần xương khẩu cái ngăn cách với vòm miệng. **Thành ngoài** của hốc mũi được gọi là vách mũi xoang. Từ thành này rử vào hốc mũi 3

xương cuộn mũi: cuộn dưới, cuộn giữa và cuộn trên. Đi kèm theo các cuộn là các khe tạo bởi các cuộn và thành ngoài. Ở khe dưới có **lỗ lệ mũi** để dẫn nước mắt đổ xuống, khe giữa là lỗ dẫn lưu của các xoang trước và khe trên là lỗ dẫn lưu của các xoang sau đổ vào.

Toàn bộ hốc mũi được niêm mạc che phủ, do 2 chức năng sinh lý chính là hô hấp và ngửi nên niêm mạc mũi được chia làm 2 tầng:

- Tầng dưới (từ cuộn giữa đi xuống) là **tầng mũi thở**, niêm mạc ở đây là biểu mô trụ có lông chuyên của đường hô hấp và có nhiều mạch máu và nhiều tuyến tiết chất dịch và chất nhầy. Nó đảm bảo cho việc thở phù hợp sinh lý.

- Tầng trên (từ cuộn giữa đi lên) là **tầng mũi ngửi**, có các tế bào thần kinh khứu giác.

2. CÁC XOANG MẶT

Đó là các hốc rỗng nằm ở xung quanh hốc mũi và trong khối xương mặt, còn được gọi là các xoang quanh mũi, được chia làm 2 nhóm:

- Các xoang trước gồm có:

- + Xoang hàm nằm trong xương hàm trên
- + Xoang sàng trước ở phần trước khối bên xương sàng
- + Xoang trán ở trong xương trán

- Các xoang sau gồm có:

- + Xoang sàng sau nằm ở phần sau khối bên xương sàng
- + Xoang bướm nằm ở thân xương bướm

Các xoang này đều được che phủ bởi niêm mạc hô hấp như hốc mũi và nối tiếp từ hốc mũi vào xoang qua các lỗ dẫn lưu.

3. LIÊN QUAN CỦA HỐC MŨI VÀ CÁC XOANG

- Liên quan với đường hô hấp qua họng.
- Liên quan với mắt qua ống lệ mũi.
- Liên quan với đáy sọ và các dây thần kinh sọ đi qua khe sau hốc mắt trên và lỗ thị

(các TK sọ II, III, IV, V, VI).

- Liên quan với não - màng não.

Các liên quan về mặt cơ thể học giải thích cho việc lây lan các bệnh lý nhiễm khuẩn của mũi xoang đến đường hô hấp (viêm phế quản, viêm phổi), đến mắt (viêm tuyến lệ, mờ mắt, viêm tấy, absces mô liên kết hố mắt), đến não - màng não (viêm màng não - absces não), đôi khi rất nguy hiểm.

C. HỌNG (YẾT HẦU)



Họng hay yết hầu được cấu tạo bởi một ống cân, cơ và có niêm mạc bao phủ bên trong.

Đi từ nền sọ xuống dưới và nối với thực quản, về phía trước họng lần lượt thông từ trên xuống dưới với.

- Hốc mũi bằng cửa mũi sau,
- Hốc miệng qua eo họng,
- Thanh quản qua khe thanh đới.

Do họng là ngã tư nơi gặp nhau của đường ăn và đường thở, vùng này rất quan trọng trong việc ngăn chặn các quá trình viêm nhiễm lan xuống đường hô hấp và tiêu hóa. Vì vậy cấu tạo của họng cũng rất đặc biệt, đó là bên cạnh sự phân phối rộng rãi mô bạch huyết (Lympho) ở dưới niêm mạc, các mô Lympho này còn tụ thành các đám lớn xung quanh họng đó là các hạch nhân tạo nên vòng bạch huyết Waldeyer gồm có:

1. HẠNH NHÂN HẦU HỌNG (hay VA - sùi vòm họng)

Là các luống tế bào Lympho nằm từ trước ra sau ở vòm họng, phát triển mạnh ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo và teo đi khi 8 tuổi. Nó có thể bị viêm nhiễm từ khi trẻ 6 tháng và nhất là 2 - 3 tuổi. Khi quá phát sẽ gây ra viêm mũi, thò lò mũi và nhiều biến chứng khác.

2. HẠNH NHÂN VÒI NHỈ

Thường nhỏ nằm ở xung quanh loa vòi nhĩ, sự phát triển và bệnh lý giống như hạch nhân họng.

3. HẠNH NHÂN KHẨU HAY AMYGDALÉ

Nằm ở phía họng miệng, đây là hạch nhân lớn nhất của vùng họng phát triển mạnh khi trên 8 tuổi và teo vào lứa tuổi trên 30, có khi còn muộn hơn nữa. Trong quá trình viêm nhiễm nó thường quá phát và viêm khi trẻ 10 - 15 tuổi và có thể kéo dài cho tới khi trưởng thành.

Giữa hạch nhân khẩu và thành bên họng là khoang quanh hạch nhân khẩu, nó có thể bị viêm tấy hoặc absces từ hạch nhân khẩu lan tới.

4. HẠNH NHÂN LƯỠI

Nằm ở đáy lưỡi, thường phát triển mạnh ở người lớn. Vùng này ít bị viêm nhiễm hơn.

5. CÁC CHỨC NĂNG CHÍNH CỦA HỌNG

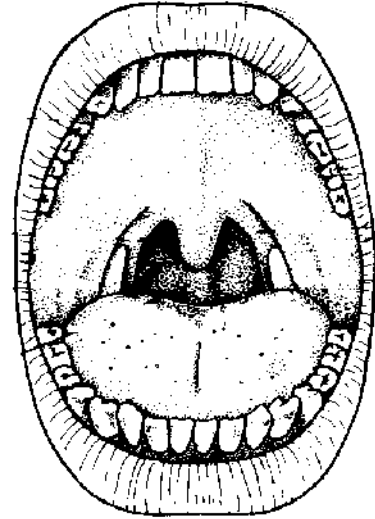
- Nuốt: họng tham gia vào thì 2 của động tác nuốt (thì 1 là của miệng) nhờ các cơ bám vào yết hầu như các cơ thắt yết hầu.

- Thở: Bình thường khi thở qua mũi thì họng như một ống dẫn khí vào thanh quản. Nhưng khi tắc mũi thì phải thở qua miệng, lúc này sẽ bị khô và rát họng.

- Nói: nhờ có sự cộng hưởng của mũi họng mà giọng nói có âm sắc và vang to, đặc trưng cho từng cá thể.

- Nghe: thông qua vòi nhĩ, mỗi khi nuốt không khí lại tràn vào hộp nhĩ tạo nên sự cân bằng áp lực ở hai bên màng nhĩ, để nghe được bình thường.

- Chống nhiễm khuẩn: Các hạnh nhân của họng sản xuất ra các tế bào Lympho và các kháng thể, vừa để bảo vệ tại chỗ ở họng vừa để đổ vào máu, nhằm ngăn chặn nhiễm khuẩn qua đường mũi và miệng./.



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thành phần nào không góp phần tạo nên vách mũi?

- A. Mảnh thẳng xương sàng
- B. Mảnh thẳng xương khẩu cái
- C. Sụn vách mũi
- D. Sụn cánh mũi lớn

Câu 2. Thần kinh ở phía sau vách mũi là:

- A. Thần kinh sàng trước
- B. Thần kinh mũi khẩu
- C. Thần kinh mũi sau trên
- D. Thần kinh mũi sau dưới ngoài

Câu 3. Ngách mũi giữa ở thành mũi ngoài lỗ đổ vào của xoang nào sau đây?

- A. Xoang trán
- B. Xoang sàng trước
- C. Xoang hàm trên
- D. Câu A, B, C đúng

Câu 4. Chi tiết giải phẫu nào nằm trên thành động mạch cảnh của hòm nhĩ?

- A. Lỗ ống tai trong
- B. Cửa sổ tiền đình
- C. Cửa sổ ốc tai
- D. Lỗ nhĩ vòi tai

Câu 5. Vùng nào của màng nhĩ có liên quan với các cơ quan quan trọng trong tai giữa?

- A. Khu 1/4 trên - trước
- B. Khu 1/4 trên sau
- C. Khu 1/4 dưới - trước
- D. Khu 1/4 dưới - sau

Câu 6. 3 xương con của hòm tai sắp xếp theo thứ tự từ ngoài vào trong là:

- A. Xương đe, xương búa, xương bàn đạp
- B. Xương búa, xương đe, xương bàn đạp
- C. Xương bàn đạp, xương đe, xương búa
- D. Xương búa, xương bàn đạp, xương đe

BÀI 9. CHẢY MÁU CAM

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được đặc điểm chính về dịch tễ học chảy máu cam.
- 1.2. Trình bày được ba mức độ chảy máu cam.
- 1.3. Trình bày các nguyên nhân chảy máu cam.
- 1.4. Trình bày các bước cầm máu.

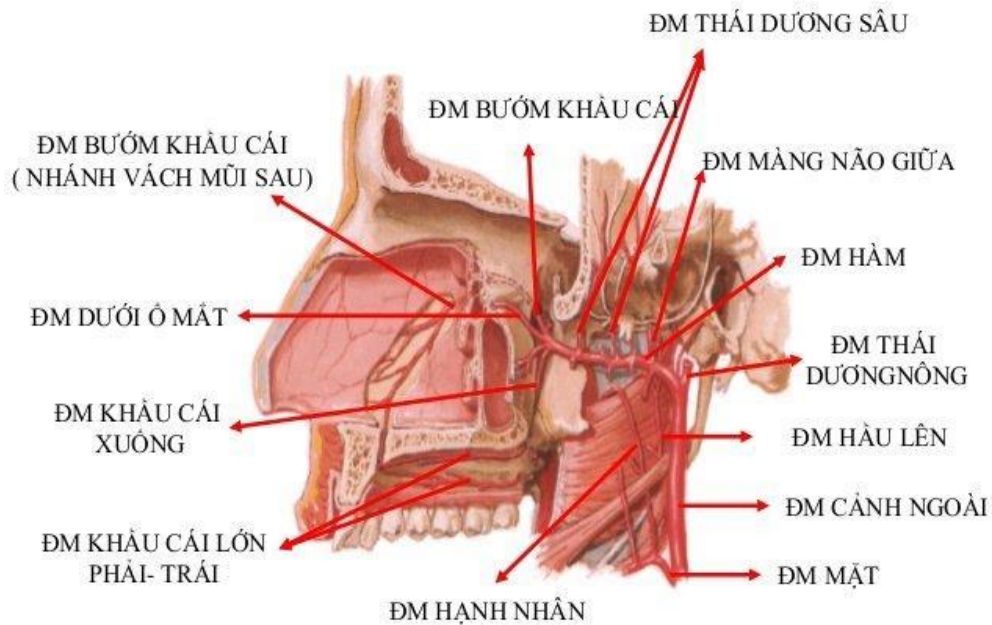
2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

MẠCH MÁU CỦA MŨI



Hình. Hệ thống mạch máu của mũi

- Khoảng 60% trên tổng số người trưởng thành có ít nhất là một lần chảy máu mũi, nhưng chỉ khoảng 6% là đến bác sĩ. Hay chảy nhất là mùa khô, do đó ẩm không khí giảm, có ảnh hưởng đến sinh lý niêm mạc mũi.

- Chảy máu mũi hay gặp ở trẻ em và thanh niên. Khoảng một nửa số bệnh nhân cấp cứu trên 60 tuổi. Nam giới bị nhiều gấp đôi phụ nữ.

- Mạch máu chủ yếu cho hốc mũi là động mạch bướm - khẩu cái, một nhánh cuối của động mạch hàm trong thuộc về hệ tuần hoàn của động mạch cảnh ngoài.

- Động mạch này đi qua rãnh bướm khẩu cái chui qua lỗ bướm khẩu cái vào hốc mũi và chia thành động mạch mũi sau giữa đi đến vách ngăn mũi sau bên đi lên mũi bên.

- Các nhánh của động mạch cảnh trong tưới máu cho phần trên của hốc mũi. Các động mạch sàng trước và sàng sau xuất phát từ động mạch mắt và đi qua các rãnh nhỏ xương sàng vào hốc mũi.

- Các hệ tuần hoàn dày đặc của vách ngăn có một vùng nổi đặc biệt giữa các nhánh của động mạch cảnh trong và cảnh ngoài nằm ở hai bên vách ngăn được gọi là điểm mạch Kisselback (điểm mạch này rất dễ chảy máu).

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chảy máu mũi rất phức tạp. Trên nguyên tắc vừa phải điều trị cầm máu mũi vừa đi tìm nguyên nhân.

Có thể chia các nguyên nhân thành ba nhóm như sau:

2.1. Nguyên nhân tại chỗ

2.1.1. Do viêm nhiễm tại chỗ

Viêm mũi cấp, viêm xoang cấp, do viêm loét ở mũi, do dị vật mũi.

2.1.2. Do khối u

- U lành tính: u máu, polyp chảy máu, u xơ vòm mũi họng.

- U ác tính: ung thư mũi, ung thư sàng hàm, ung thư vòm mũi họng (NPC).

2.1.3. Do chấn thương

- Thò tay ngoáy, cạy mũi.

- Bị ngã, va đập mạnh vào mũi.

- Những chấn thương lớn do tai nạn

2.2. Nguyên nhân toàn thân

2.2.1. Bệnh về máu và thành mạch

- Bệnh bạch cầu cấp mãn tính.

- Bệnh giảm tiểu cầu

- Bệnh ưa chảy máu.

- Suy tuỷ.

- Rối loạn các yếu tố đông máu.

- Cao huyết áp, xơ vữa mạch máu.

2.2.2. Các bệnh toàn thân khác

- Sốt xuất huyết.

- Bệnh Denkel.

- Các bệnh suy gan, suy thận mãn tính.

2.3. Vô căn

Theo tài liệu nghiên cứu tại Việt Nam, khoảng 70% số bệnh nhân chảy máu mũi là vô căn (không tìm thấy nguyên nhân).

3. PHÂN LOẠI CHẢY MÁU MŨI

3.1. Dựa vào mức độ chảy máu

- Chảy máu mũi nhẹ: lượng chảy thường ít, chảy nhỏ giọt và có xu hướng tự cầm. Thường là chảy máu ở điểm mạch.

- Chảy máu mũi vừa: thành dòng đỏ tươi, tràn ra mũi trước hay xuống họng, có xu hướng kéo dài. Thể trạng toàn thân ít ảnh hưởng.

- Chảy máu mũi nặng: thường do vỡ các mạch lớn, mức độ mất máu nhiều, chảy kéo dài, tái diễn nhiều lần. Toàn trạng ảnh hưởng rõ: mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mặt tái nhợt.

3.2. Dựa vào vị trí chảy máu

- Chảy máu qua mũi trước: bệnh nhân ngồi dậy, nhổ hết máu trong miệng, sau 1 - 2 phút, máu vẫn chảy ra lỗ mũi trước. Khi đó cần xác định chính xác hơn vị trí chảy máu:

+ Chảy máu ở điểm mạch Kisselback: dễ thấy nhất, hay gặp.

+ Chảy ở cuốn dưới.

+ Chảy ở khe giữa.

- Chảy máu mũi sau: cũng để bệnh nhân ở tư thế trên và quan sát thấy máu không chảy qua lỗ mũi trước mà bệnh nhân lại nhổ ra máu.

- Xét nghiệm

+ Công thức máu, máu chảy, máu đông

+ Đông máu toàn bộ

+ Công thức tiểu cầu

+ Chức năng gan

+ Huyết đồ - tuỷ đồ

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chảy máu nhẹ: thường ở điểm mạch hay động mạch nhỏ (như động mạch mũi - khẩu cái).

- Dùng 2 ngón tay bóp nhẹ cánh mũi làm cho điểm mạch Kisselback bị đè ép

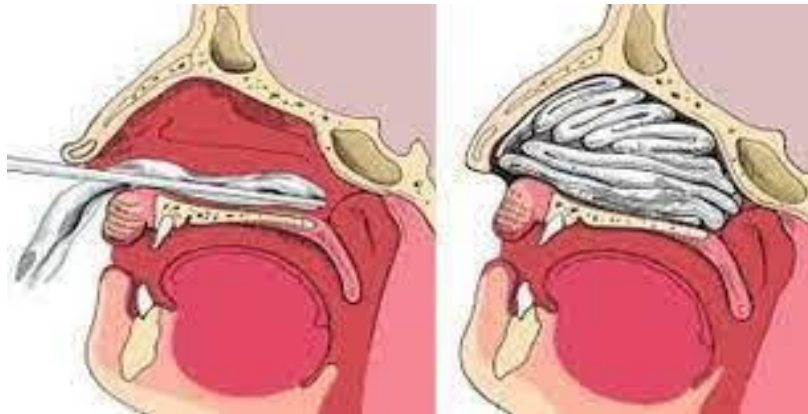
- Dùng bấc thấm tẩm Thromboplastin, Adrenalin 1/1000 hoặc Antipyrin 20% đặt vào hốc mũi

- Dùng Gelaspon nhét vào hốc mũi

- Đốt bằng hạt trai nitrat bạc hoặc đốt điện điểm mạch.

- Nếu chảy nhiều và vừa thì nhét bấc mũi trước

4.1.1. Dụng cụ: kim Lubert - Barbon 1 chiếc, cặp khuỷu 1 chiếc, đèn lưỡi 1 chiếc, ống soi mũi 1 chiếc, một đoạn bấc dài 40 - 50cm có thấm dầu kháng sinh.



Hình. Nhét mét bấc mũi trước

4.1.2. Cách làm

*** Tiến hành**

- Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân đầu đeo đèn Clar, đặt một đoạn bác phẩm thuốc gây tê có pha Adrenalin 1/1000 vào mũi chảy máu, sau 3 phút thì lấy ra. Lấy bác phẩm dầu kháng sinh nhét vào mũi theo hình vồng, đáy vồng cách bờ tự do của lỗ mũi 10 - 14cm, dùng kim Lubert - Barbon nhét lần lượt vào mũi theo cách làm vồng qua ống soi mũi. Cứ lần lượt nhét từ sau ra trước như hình đàn sếp.

- Dùng đèn lưỡi kiểm tra xem có máu chảy xuống thành họng hay không, nếu không thấy chảy xuống là tốt.

- Bác để 24 - 48 giờ sau phải rút.

- Ngày nay người ta có thể đặt vào trong hốc mũi một miếng Merocell rồi bơm nước vào để chất liệu này nở ra, làm cho niêm mạc được giữ nguyên và giảm đau cho bệnh nhân, hoặc nhét bằng Glaspon.

- Tiêm thuốc Transamin và Vitamin K cho bệnh nhân. Tùy theo lượng máu mất mà đặt ra chỉ định truyền máu hay không.

4.2. Chảy máu nặng

Nếu nhét bác phẩm trước mà không cầm, chúng ta phải nhét bác phẩm sau.

- Đè họng kiểm tra, nếu còn chảy máu thì phải nhét lại.

- 21 giờ sau phải rút bác phẩm sau ra.

Tiêm Transamin cho bệnh nhân 6 giờ một ống. Có thể phải truyền máu trước khi cầm, nếu như bị tụt huyết áp do mất nhiều máu.

Hiện nay trên Thế giới người ta có thể dùng dụng cụ cầm máu bằng bóng nước (Ballon) bằng chất dẻo có 2 van khác nhau. Dụng cụ này được đưa vào mũi qua cửa mũi trước, qua hốc mũi đến cửa mũi sau. Bóng nước số 1 được bơm căng và kéo ra trước chèn kín cửa mũi sau, Sau đó bóng nước số 2 được bơm đầy chèn kín hốc mũi trước.

4.2.3. Khi chúng ta đã nhét mét mũi sau mà chưa cầm được máu, chúng ta phải nghĩ đến các lý do sau:

- Vách ngăn mũi bị vẹo

- Động mạch bướm - khẩu cái bị rách dài

- Có hiện tượng phình mạch

4.2.4. Nếu không cầm chúng ta có thể thắt các động mạch

- Động mạch cảnh ngoài.

- Động mạch cảnh trong.

- Động mạch sàng trước.

Ngày nay dùng dòng điện dưới sự hướng dẫn của nội soi để cầm máu đã được áp dụng rộng rãi.

Các động mạch có thể gây tắc mạch qua thông mạch chọn lọc đem lại kết quả tốt

Các bạn có thể so sánh và làm việc với các bảng kiểm sau đây:

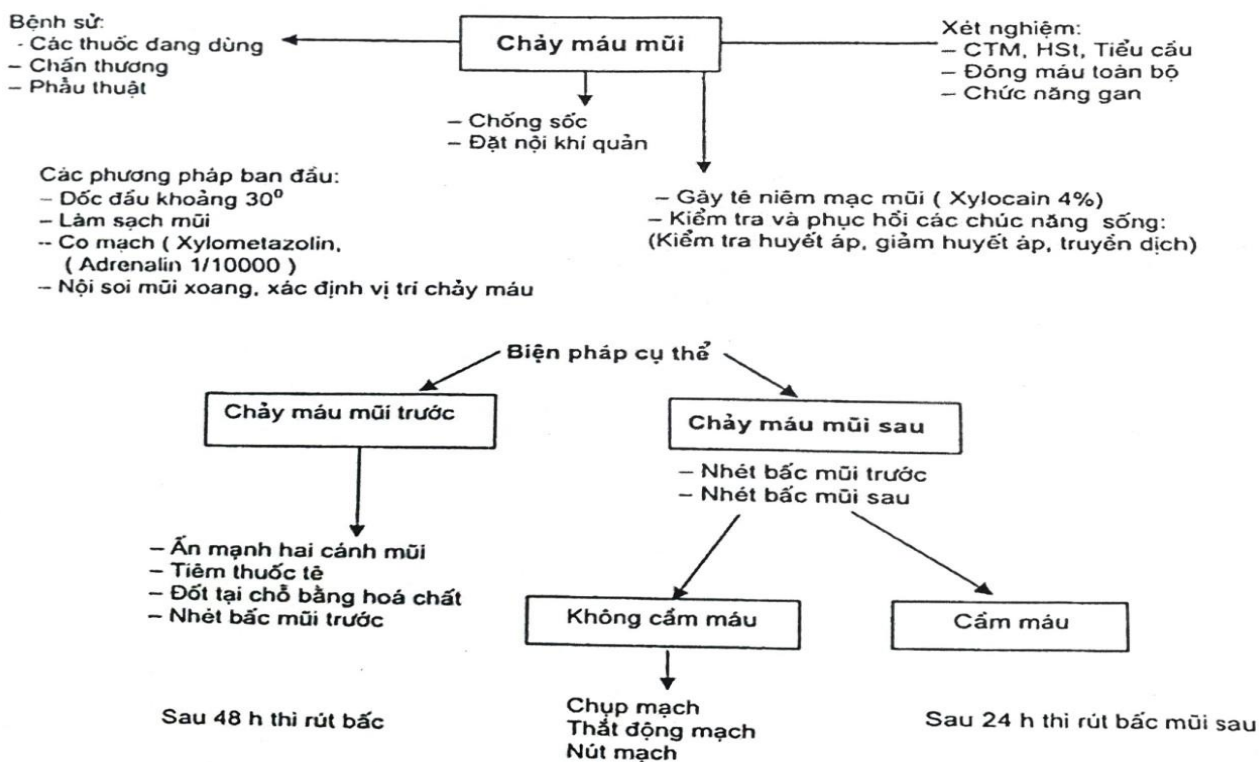
Bảng kiểm 1. Nhét bắc mũi trước

TT	Các bước kỹ năng	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	Tạo sự khởi đầu hoàn hảo, làm thầy thuốc và bệnh nhân yên tâm	Nhanh gọn, đầy đủ (tắm sẵn dầu, bột kháng sinh vào bắc mũi)
2	Soi mũi trước, tìm khe giữa, đặt võng của bắc phía sau trên hốc mũi	Đặt võng của bắc đúng chỗ sẽ tránh tụt bắc	Bắc mũi không lỏng, không tụt xuống họng
3	Tiếp tục nhét bắc	Sẽ nhét bắc chặt, tránh khoảng trống	Bắc chặt, kín, nhét theo hình đèn xếp từ trên - dưới, sau - trước.
4	Kiểm tra họng, đặt một cục gạc cuộn tròn (như điều thuốc) trước cửa mũi, dán băng dính	Bảo đảm không còn chảy máu	Không thấy máu chảy ra mũi trước và xuống họng
5	Dặn dò, hướng dẫn bệnh nhân	Làm bệnh nhân yên tâm	Tạo sự tin cậy

Bảng kiểm 2. Nhét bắc mũi sau

TT	Các bước kỹ năng	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị dụng cụ	Tạo sự khởi đầu hoàn hảo, làm thầy thuốc và bệnh nhân yên tâm	Đầy đủ nhanh gọn (như bộ nhét bắc trước + sonde nelaton, 1 cục gạc tròn to).
2	Đút ống thông Nelaton qua mũi (bên chảy mũi) xuống họng, buộc một sợi chỉ có nối một cục gạc lớn, rút ngược lên, kéo căng sợi chỉ giữ cục gạc	Chèn chặt cửa mũi sau, tránh cho máu chảy xuống họng.	Họng sạch, máu không chảy từ mũi xuống
3	Tiếp tục nhét mét mũi trước theo hình đèn xếp, đẩy ra mũi trước	Chặt, tránh khoảng trống	Bắc mũi trước chặt kín
4	Kiểm tra họng, cố định dây giữ cục gạc	Bảo đảm không còn chảy máu	Không thấy máu chảy xuống mũi trước và xuống họng
5	Dặn dò hướng dẫn bệnh nhân	Làm bệnh nhân yên tâm	Tạo sự tin cậy

Sơ đồ xử trí khi gặp bệnh nhân chảy máu mũi



5. PHÒNG NGỪA

- Không ngoáy, móc, chà xát mũi hay xì mũi quá mạnh. Với trẻ em cần cắt ngắn móng tay cho bé và dặn bé không được ngoáy mũi.

- Không lạm dụng thuốc cảm lạnh và dị ứng quá thường xuyên. Những thành phần chứa trong thuốc có thể làm khô mũi, đôi khi một số loại thuốc còn là nguyên nhân gây chảy máu cam hoặc làm cho tình trạng này trở nên tồi tệ hơn.

- Uống đủ nước, ăn nhiều rau xanh, hoa quả để tăng cường chất xơ và sức đề kháng.

- Tránh chấn thương vùng vách ngăn mũi.

- Dùng máy tạo độ ẩm cho không khí trong nhà để tránh bị khô mũi khô, đặc biệt là trong những tháng lạnh, khô của mùa đông. Chú ý vệ sinh máy thường xuyên.

- Dùng nước muối sinh lý nhỏ hoặc xịt mũi giúp làm ẩm niêm mạc mũi. Sử dụng thiết bị bảo vệ để tránh hít phải hóa chất gây khó chịu khi làm một số công việc đặc thù.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hốc mũi được nuôi dưỡng trực tiếp bởi những mạch máu dưới đây, ngoại trừ:

- A. Động mạch bướm-khẩu cái B. Động mạch sàng trước
C. Động mạch sàng trước D. Động mạch thái dương

Câu 2. Số lượng máu mất trong trường hợp chảy máu mũi nặng là:

- A. 50 ml B. 100 ml C. 150 ml D. Trên 200 ml

Câu 3. Trong chảy máu mũi, máu chảy ít, có xu hướng tự cầm thường gặp chảy máu ở:

- A. Mao mạch B. Động mạch sàng trước
C. Động mạch bướm -khẩu cái D. Điểm mạch Kisselbach

Câu 4. Bệnh nhân được nhét meche mũi trước, sau bao nhiêu giờ bệnh nhân được rút?

- A. Trước 12 giờ B. 12 - 24 giờ C. 24 - 48 giờ D. 48 - 72 giờ

Câu 5. Đè ép cánh mũi vào vách mũi được dùng trong trường hợp:

- A. Chảy máu ở điểm mạch Kisselbach B. Chảy máu động mạch
C. Chảy máu nặng D. Chảy máu ở bệnh nhân cao huyết áp

BÀI 10. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ/ĐƯỜNG ĂN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Chẩn đoán được các giai đoạn của dị vật đường thở và đường ăn.
- 1.2. Mô tả được hội chứng xâm nhập và nhận biết khai thác bệnh sử.
- 1.3. Xử trí kịp thời gian đoạn mắc dị vật sớm.
- 1.4. Tuyên truyền cách phòng chống dị vật đường thở và đường ăn.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản xuống tới phế quản phân thùy.

- Là cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí đúng, dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng.

- Dị vật: đường thở gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (75% gặp ở trẻ dưới 4 tuổi). Do trẻ thường có thói quen cho các đồ vật vào miệng. Tuy nhiên, đây là một tai nạn sinh hoạt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong mọi điều kiện, hoàn cảnh. Trước kia do thiếu trang thiết bị, thầy thuốc tai mũi họng còn ít và chưa có nhiều kinh nghiệm, tỷ lệ tử vong và các biến chứng do dị vật gặp rất cao. Ngày nay nhờ đội ngũ thầy thuốc tai mũi họng rộng khắp, có nhiều kinh nghiệm hơn, trang thiết bị tương đối đầy đủ và hiện đại, đã làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong do dị vật đường thở.

2. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân chính dẫn đến dị vật đường thở thường gặp là:

- Do khóc, do cười đùa trong khi ăn.
- Do thói quen ngậm đồ vật trong khi chơi, khi làm việc.
- Do rối loạn phản xạ họng, thanh quản ở trẻ em và người già, có thể do bệnh nhân bị hôn mê, gây mê hoặc điên dại...
- Do thói quen ăn uống nước sôi con tắc te (con tắc) chui vào đường thở và sống ký sinh trong đường thở.

- Về bản chất: tất cả các vật nhỏ cho vào miệng được, đều có thể rơi vào đường thở, có thể gặp các dị vật hữu cơ như: hạt lạc, hạt na, hạt hồng xiêm, củi táo, bã mía... có thể gặp các loại xương thịt động vật như đầu tôm, mang cá, càng cua, xương gà vịt,.. Cũng có thể gặp các dị vật vô cơ như viên bi, mảnh đạn, đầu bút bi, mảnh nhựa,....

3. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Những dị vật tròn, nhọn, trơn, hoặc các vật bằng kim khí nhọn ít gây ra viêm nhiễm và niêm mạc đường hô hấp có thể chịu được thời gian dài mà không gây ra các phản ứng rõ rệt.

- Ngược lại những vật sắc nhọn hoặc những vật thảo mộc có dầu (hạt lạc), những vật có vị chua có acid (cùi táo, ô mai...), các vật có đường (bã mía, kẹo...) thường gây ra các tổn thương niêm mạc sớm và nặng tùy theo vị trí dị vật mắc.

- Ở thanh quản: niêm mạc bị phù nề hoặc loét, xung huyết nặng.

- Ở khí quản: bệnh tích không rõ rệt, niêm mạc đỏ và tăng xuất tiết vì dị vật luôn di động theo luồng không khí.

- Ở phế quản dị vật thường hay dừng lại ở phế quản góc, đôi khi dị vật xuống thấp hơn tới phế quản trung gian hoặc xuống thùy dưới và gây ra những bệnh tích quan trọng.

- Nếu là dị vật ô nhiễm niêm mạc xung quanh sẽ bị phù nề và ôm chặt lấy dị vật làm tắc phế quản. Dịch tiết bị ứ đọng, phế nang bị xẹp, ổ viêm kín hình thành và in chân xuống các phế quản nhỏ, xâm nhập vào mô, gây ra abscess phổi, có thể vỡ vào màng phổi (viêm màng phổi mủ) hay vào phế quản gây ộc mủ ra miệng.

- Nếu là dị vật ít bị ô nhiễm và không làm tắc ống phế quản nó có thể ở lâu trong phế quản và chỉ gây ra những thương tổn mãn tính như viêm phế quản mãn tính.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Hội chứng xâm nhập

Hội chứng này có thể khai thác được ở 93% số bệnh nhân, còn 7% không khai thác được hội chứng xâm nhập là những trường hợp dị vật sống như con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, trẻ còn nhỏ chưa tự kể được và không có người chứng kiến hoặc do người chứng kiến cố tình dấu diếm.

Cơ chế của hội chứng xâm nhập là nhờ chức năng bảo vệ đường hô hấp dưới của thanh quản, bao gồm hai phản xạ xảy ra đồng thời, đó là phản xạ co thắt chặt thanh quản ngăn không cho dị vật xuống dưới và phản xạ ho liên tiếp để tống dị vật ra ngoài. Trên lâm sàng biểu hiện bằng cơn ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi, trợn mắt, đôi khi đại tiểu tiện không tự chủ, cơn kéo dài khoảng 3 - 5 phút, sau đó có 3 khả năng có thể xảy ra:

- Dị vật được tống ra ngoài nhờ phản xạ bảo vệ của thanh quản.

- Dị vật quá to chèn ép kín tiền đình thanh quản làm cho bệnh nhân ngạt thở, tử vong trước khi đến được bệnh viện.

- Dị vật mắc lại trên đường thở, ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Tùy theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

4.2. Triệu chứng toàn thân

- Khó thở: trong giai đoạn đầu khi chưa có nhiễm khuẩn, các triệu chứng nổi trội là tình trạng khó thở. Nếu dị vật mắc lại ở thanh quản, bệnh nhân có khó thở thanh quản các mức độ khác nhau tùy theo kích thước của dị vật và thời gian dị vật mắc lại trên đường thở lâu hay nhanh chóng. Nếu kích thước dị vật to có thể gây ra: khó thở thanh quản độ 2, 3 hoặc có thể bị ngạt thở, nếu dị vật nhỏ hơn có thể không gây ra khó thở hoặc khó thở thanh quản ở mức độ nhẹ.

- Cũng có thể gặp khó thở hỗn hợp cả hai thì do dị vật nằm ở khí quản đoạn thấp hoặc ở phế quản, bệnh nhân thường có các cơn ho và khó thở xảy ra khi gắng sức hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi.

- Sốt thường gặp sau một vài ngày sau khi có nhiễm khuẩn do các dị vật ô nhiễm như các loại xương, thịt, hạt lạc, bã mía,... đặc biệt là các loại quả hạt có acid như cùi táo, mơ, mận... có thể gặp sốt vừa 38 - 39⁰C, hoặc sốt cao 40 - 41⁰C thường gặp ở trẻ nhỏ.

4.3. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Tuỳ theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng thấy có các dấu hiệu khác nhau

4.3.1. Dị vật ở thanh quản

Các vật mắc lại ở thanh quản thường là các vật dẹt, sắc nhọn, sù sì... như là vỏ trứng, đầu tôm, xương cá,....

- Cơ năng: thường gặp khàn tiếng, mất tiếng, mức độ nặng hoặc nhẹ tuỳ theo kích thước dị vật và thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản.

- Khó thở thanh quản: ở các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước dị vật và tuỳ theo thời gian dị vật mắc lại ở thanh quản. Nếu dị vật to có thể gây bí tắc gần hoàn toàn thanh quản làm cho bệnh nhân khó thở thanh quản nặng có khi ngạt thở cấp. Cũng có thể không có khó thở hoặc khó thở ở mức độ nhẹ. Khó thở thanh quản có đặc điểm là khó thở chậm, khó thở vào và có tiếng rít thanh quản, ngoài ra còn thấy co lõm hõm ức, co các cơ hô hấp và cơ liên sườn.

- Ho: thường gặp ho khan không có đàm, ho từng cơn dài do kích thích thanh quản làm cho thanh quản càng phù nề, làm cho bệnh nhân khó thở ngày càng tăng.

- Thực thể chủ yếu là nghe phổi: nghe phổi có thể thấy hoàn toàn bình thường nhưng cũng có thể nghe thấy tiếng ran rít ở cả hai bên phổi, lan từ trên xuống, cũng có khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai bên phổi.

4.3.2. Dị vật ở khí quản

Thường gặp các vật tròn nhẵn, trơn tru,... kích thước khá to so với khẩu kính của khí phế quản bệnh nhân.

- Cơ năng: hay xảy ra các cơn ho rũ rượi, sặc sụa tím tái do dị vật di động trong lòng khí quản, đôi khi di động lên thanh quản gây ra các cơn ho, đây là trường hợp nguy hiểm nhất vì nếu dị vật di động bắn lên thanh quản và kẹt ở thanh môn làm cho bệnh nhân ngạt thở, nếu không được xử trí đúng, kịp thời thì bệnh nhân sẽ tử vong nhanh chóng trong vòng 5 - 7 phút. Đôi khi bệnh nhân có biểu hiện có thể cả hai thì nếu dị vật nằm ở đoạn thấp của khí quản.

- Thực thể nghe phổi có thể thấy ran rít, ran ngáy cả hai bên phổi, dị vật to có thể tha tì vào phế nang giảm cả hai bên phổi, nếu nghe thấy tiếng lật phật cò bay là đặc hiệu dị vật ở khí quản.

4.3.3. Dị vật ở phế quản

- Triệu chứng cơ năng: Khó thở hỗn hợp cả hai thì, thường chỉ gặp khi là dị vật to bí lấp phế quản gốc một bên, hay gặp ở phế quản phải nhiều hơn phế quản trái. Những ngày sau thường có hiện tượng viêm nhiễm gây ra các biến chứng ở phế quản - phổi, nên hay có sốt, có thể gặp sốt vừa hoặc sốt cao. Tỷ lệ khó thở gặp nhiều hơn khi có viêm nhiễm ở phế quản - phổi, khó thở cả hai thì ở các mức độ khác nhau tuỳ theo kích thước dị vật và mức độ viêm nhiễm ở phổi.

- Triệu chứng thực thể

+ Nghe phổi có thể thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, có thể kèm theo ran rít, ran ngáy, cũng có thể có ran ẩm, ran nổ,....

+ Gõ nghe: tiếng đục khi có absces hoặc xẹp phổi một bên; gõ trong, vang khi có tràn khí màng phổi

5. CẬN LÂM SÀNG

- Các xét nghiệm máu ít có giá trị trong chẩn đoán dị vật, chỉ có thể cho biết tình trạng viêm nhiễm khi có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

- Chụp X Quang cổ nghiêng hoặc phổi thẳng có thể cho phép chẩn đoán dị vật đường thở. Tuy nhiên, chỉ thấy hình ảnh dị vật trên phim X quang nếu dị vật là kim loại, còn các loại khác ít có biểu hiện trên phim, chủ yếu là hình ảnh các biến chứng do dị vật gây ra như viêm phế quản, phế quản phế viêm, abscess một bên hoặc một phân thùy phổi, xẹp một bên hoặc một phân thùy phổi, khí phế thũng, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi,... Nhưng các hình ảnh này chỉ có 46% số bệnh nhân có dị vật, còn tới 54% số bệnh nhân có dị vật trong đường thở nhưng hình ảnh X quang hoàn toàn bình thường, vì vậy không nên chỉ dựa vào hình ảnh X-quang để chẩn đoán dị vật đường thở, mà phải kết hợp với các dấu hiệu khác để chẩn đoán dị vật đường thở.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

Trước tiên hội chứng xâm nhập là dấu hiệu gợi ý

Khám thực thể: Đánh giá tình trạng và kiểu khó thở cũng có thể hướng tới chẩn đoán và định khu được dị vật.

- Nếu có khàn tiếng và khó thở thanh quản thì dị vật ở thanh quản.
- Nếu khó thở cả 2 thì và ho từng cơn dữ dội, thường dị vật nằm ở khí quản
- Nghe phổi cho biết được mức độ viêm nhiễm ở phổi và vị trí của dị vật:

+ Dị vật ở thanh quản sẽ thấy tiếng ran rít, ran ngáy lan từ trên xuống ở cả 2 bên phổi, đôi khi thấy rì rào phế nang ở cả 2 phổi do tình trạng kém thông khí

+ Dị vật ở khí quản: nghe thấy tiếng rít ở cả 2 phổi, nghe có tiếng lật phật cờ bay là điển hình dị vật ở khí quản.

+ Dị vật ở phế quản: nghe thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, cũng có thể nghe thấy ran ẩm, lan nở nếu đã có tình trạng viêm nhiễm. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh khí phế quản, nếu thấy dị vật là chẩn đoán xác định.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi: khi viêm phổi bệnh nhân thường ho từng cơn, nghe phổi có ran ẩm, trên phim phổi có hình ảnh viêm nhiễm. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh khí phế quản.

- Abscess phổi những viêm nhiễm khu trú ở một bên phổi thường hay gợi ý nghĩ đến dị vật đường thở. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi.

- Xẹp phổi: các nguyên nhân gây xẹp phổi như khối u, viêm nhiễm. Cần phải chẩn đoán phân biệt bằng nội soi.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị cấp cứu

- Khi bệnh nhân có khó thở: khó thở thanh quản độ II trở lên phải mở khí quản cấp cứu.

- Dị vật ở khí quản: mở khí quản cấp cứu trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

- Dị vật ở phế quản gây suy hô hấp cấp: cho thở oxy qua mask, có thể bóp bóng hỗ trợ nếu có rối loạn nhịp thở.

7.2. Soi gấp dị vật

Trong mọi trường hợp dị vật đường thở cần phải soi thanh khí phế quản sớm để gấp dị vật vì sẽ ít nguy hiểm và tai biến, nhất là khi chưa có các biến chứng như abscess phổi, xẹp phổi và viêm phổi,....

- Dị vật ở thanh quản: trong điều kiện hiện nay ở Việt Nam chỉ nên soi gấp dị vật gây tê không được gây mê. Trường hợp dị vật ở lâu trong thanh quản gây ra tổ chức sùi thì phải cắt

hết tổ chức sùi, để phục hồi khả năng phát âm và đề phòng khó thở khi tổ chức sùi phát triển làm hẹp thanh môn.

- Dị vật ở khí quản: có thể soi thanh khí quản gây mê giãn cơ gấp dị vật, nhưng lưu ý dị vật ở khí quản là những vật tròn, nhẵn, trơn nên rất dễ bị tuột hoặc kẹt khi kéo qua thanh môn gây ngạt thở cấp, nên cần chuẩn bị sẵn dụng cụ mở khí quản để kịp thời mở khí quản nếu tai biến xảy ra.

- Cũng có thể gây tê soi thanh quản, để gấp dị vật khí quản, lợi dụng tính chất di động, của dị vật khí quản, luồn pince xuống khí quản, kích thích để bệnh nhân ho, dị vật bắn lên chạm vào pince, gấp mò dị vật. Phương pháp này thực hiện đơn giản ít gây nguy hiểm và tốn kém cho bệnh nhân, nhưng yêu cầu người thực hiện phải thành thạo, nắm vững giải phẫu và sinh lý của thanh khí quản để thao tác.

- Dị vật ở phế quản: nên soi thanh khí phế quản dưới gây mê giãn cơ, vì dị vật ở phế quản thường gây viêm nhiễm có mủ ở phế quản, nếu soi gây tê khi soi gấp dị vật bệnh nhân vẫn còn phản xạ ho, khi vừa lấy dị vật ra, bệnh nhân ho sẽ gây mủ và các chất xuất tiết từ bên phế quản có dị vật sang bên lành dễ gây ra suy hô hấp cấp. Nếu soi gây ra sau khi lấy dị vật bệnh nhân không có phản xạ ho, mủ từ bên bệnh không bị đẩy sang bên lành, có thể tiến hành soi tiếp để hút mủ ở phế quản, tránh được tai biến gây suy hô hấp.

Trong nhiều trường hợp, sau khi soi gấp dị vật cần tiến hành soi hút mủ hoặc soi rửa phế quản, bơm thuốc kháng sinh, giảm viêm vào phế quản.

8. PHÒNG BỆNH

8.1. Cần tuyên truyền trong cộng đồng

- Không nên cười đùa trong khi ăn, không cưỡng bức trẻ em ăn khi đang khóc.
- Không nên ngậm đồ vật khi chơi, khi làm việc.
- Để các vật các quả hạt nhỏ có thể đưa vào miệng xa tầm tay của trẻ nhỏ.
- Không nên uống nước sôi để phòng dị vật sống đường thở.

8.2. Đối với y tế tuyến cơ sở

- Nên chú ý khai thác hội chứng xâm nhập khi bệnh nhân có bệnh lý về hô hấp để phát hiện dị vật đường thở.

- Nên hội chẩn với chuyên khoa tai mũi họng các trường hợp viêm phổi kéo dài, tái phát nhiều lần, viêm phổi một bên,....

- Nắm vững các biện pháp xử trí ban đầu đối với dị vật đường thở và biết cách chuyển an toàn bệnh nhân dị vật đường thở.

8.3. Đối với chuyên khoa tai mũi họng

- Chẩn đoán đúng, tiên lượng được các bệnh nhân dị vật đường thở.
- Xử trí cấp cứu đúng, kịp thời tránh gây tử vong.
- Soi gấp dị vật đường thở không gây tai biến, biến chứng.
- Theo dõi sát, tỷ mỉ bệnh nhân sau soi gấp dị vật tránh tai biến và biến chứng sau soi.

B. DỊ VẬT THỰC QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật thực quản: là những dị vật mắc lại trên thực quản, từ miệng thực quản xuống tới tâm vị, gây đình trệ quá trình nuốt và sau đó gây ra các biến chứng nguy hiểm.

- Là một cấp cứu rất thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng ở nước ta.

- Dị vật đường ăn ít khi gây nên tình trạng cấp cứu khẩn cấp, nhưng nếu được phát hiện sớm, chẩn đoán đúng, xử trí đơn giản, ít gặp nguy hiểm và không tốn kém nhiều. Nếu phát hiện muộn thì việc xử trí trở nên rất phức tạp, điều trị ít nhiều thời gian, rất tốn kém và có thể nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân.

- Khác với dị vật đường thở, dị vật đường ăn chủ yếu gặp ở người lớn và trẻ lớn, trước đây tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam, nhưng các thống kê gần đây cho thấy tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ.

- Dị vật thực quản thường gặp chủ yếu là các loại xương động vật như xương cá, xương gà, vịt, lợn,... các loại dị vật này rất ô nhiễm nên khi mắc lại trên đường ăn gây viêm nhiễm rất sớm. Cũng có thể gặp các loại dị vật khác như thịt hoặc các loại quả, hạt vải, hạt hồng xiêm, hạt nhót,... Các dị vật có nguồn gốc vô cơ thường gặp các loại đồ chơi, vật dụng như đồng xu, khuy áo, răng giả, kim băng,....

2. NGUYÊN NHÂN

- Do thói quen chế biến các loại thức ăn dễ gây hóc như: bún cá, canh dưa cá, canh sườn lợn,....

- Do vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa.

- Do uống rượu say nhắm đồ ăn lẫn xương.

- Trẻ em, người già không có răng, phản xạ họng không hoàn chỉnh.

3. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Bình thường thực quản có năm chỗ hẹp tự nhiên là miệng thực quản, chỗ quai động mạch chủ bắt chéo qua thành trước thực quản, phế quản trái bắt chéo qua thực quản, chỗ chui qua cơ hoành và tâm vị. Thực quản được chia thành ba đoạn là đoạn thực quản cổ, thực quản ngực và thực quản bụng, thông thường dị vật hay mắc lại ở đoạn thực quản cổ, sau đó là thực quản ngực, hiếm khi gặp dị vật ở đoạn thực quản bụng.

- Khi dị vật mắc lại ở thực quản sẽ gây ra những biến đổi ở thực quản. Nếu dị vật tròn nhẵn, không gây rách, xước niêm mạc thì chỉ gây xung huyết, phù nề niêm mạc. Những dị vật sắc nhọn sẽ gây rách, xước niêm mạc thực quản dẫn tới viêm niêm mạc, viêm tấy lan tỏa hoặc abscess dưới niêm mạc. Khi ổ viêm còn khu trú ở niêm mạc và lớp cơ thực quản, chưa phá vỡ lá thành bao quanh cơ thực quản thì gọi là viêm tấy hoặc abscess thành thực quản.

- Nếu dị vật gây thủng thực quản xuyên qua lớp cơ gây viêm tấy lan tỏa hoặc abscess quanh thực quản, có thể ở vùng thực quản cổ hoặc thực quản ngực, nếu ở thực quản ngực là viêm tấy hoặc abscess trung thất, dễ dẫn tới tử vong.

- Dị vật sắc nhọn có thể làm thủng động mạch như động mạch cảnh gốc, thân động mạch cánh tay đầu hoặc động mạch chủ, nếu không có điều kiện cấp cứu đúng và kịp thời bệnh nhân sẽ tử vong nhanh chóng.

- Đôi khi cũng có thể gây vỡ thành mạch thứ phát do hiện tượng viêm lan rộng tới thành động mạch, gây hoại tử thành động mạch, làm vỡ mạch máu lớn gây suy tuần hoàn cấp.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Giai đoạn đầu

- Toàn thân: không sốt

- Cơ năng: bệnh nhân có cảm giác nuốt vướng, nuốt đau, nuốt khó làm cho không ăn uống được. Tăng xuất tiết nước bọt, khi dị vật to bệnh nhân không nuốt được nước bọt, phải luôn nhổ nước bọt ra ngoài.

- Thực thể: khám máng cảnh có thể thấy điểm đau khu trú ở vùng máng cảnh, hay gặp bên trái nhiều hơn bên phải do ở đoạn này thực quản hơi lệch về bên trái. Lọc cọc thanh quản cột sống giảm hoặc mất. Nếu dị vật ở họng hoặc hạ họng thì khám họng, soi thanh quản gián tiếp có thể thấy dị vật ở vùng này.

- Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm máu có thể thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng nhẹ khi có nhiễm trùng.

+ Chụp X quang: chụp phim cổ nghiêng có thể thấy hình ảnh dị vật ở đoạn thực quản cổ nếu cản quang, làm phân mềm trước cột sống cổ.

+ Chụp phim phổi thẳng: có thể nhìn thấy dị vật kim loại ở đoạn thực quản ngực.

4.2. Giai đoạn biến chứng

4.2.1. Viêm tấy hoặc abscess thành thực quản

Xuất hiện 24 - 48 giờ sau mắc dị vật.

- Toàn thân: hội chứng nhiễm trùng toàn thân, sốt cao 39 - 40⁰C, môi khô lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Có thể thấy tình trạng suy kiệt do không ăn uống được.

- Cơ năng: nuốt đau, nuốt vướng ở vị trí nhất định ngày càng tăng dần, tăng xuất tiết nước bọt.

- Thực thể: ấn máng cảnh thấy đau chói, vùng máng cảnh sưng nề, dấu hiệu lọc cọc thanh quản cột sống giảm hoặc mất.

- Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu trong máu tăng cao, chủ yếu là tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

+ X quang: chụp phim cổ nghiêng thấy khoảng phần mềm trước cột sống dày hơn bình thường, mật độ cong sinh lý của cột sống, có thể thấy được hình ảnh dị vật nếu cản quang.

- Hướng xử trí

+ Nội soi thực quản gấp dị vật, có thể hút mũ đồng thời.

+ Đặt ống thông thực quản dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân, chống viêm lan toả.

+ Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, bao gồm các kháng sinh chống vi khuẩn Gram dương và Gram âm và chống kỵ khí, kết hợp với các thuốc chống viêm Corticoid, hoặc không Corticoid.

4.2.2. Viêm tấy hoặc abscess quanh thực quản

- Toàn thân: dấu hiệu nhiễm trùng nặng, có thể có choáng do suy kiệt, nhiễm trùng.

- Cơ năng: nuốt đau, nuốt vướng không ăn uống được.

+ Không quay cổ được, cầm luôn cái xuống, không ngửa đầu được hoặc dáng đi lom khom.

+ Đau khi thở sâu, có thể có nói khàn hoặc khó thở thanh quản.

- Thực thể: Nếu dị vật ở đoạn thực quản cổ: máng cảnh, ấn máng cảnh rất đau, mất lọc cọc thanh quản cột sống. Có thể thấy viêm tấy lan toả ở vùng cổ, hoặc thấy tràn khí dưới da, sờ vùng cổ thấy lép bẹp khí.

- Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm máu, nước tiểu: thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng rất cao, có thể thấy hiện tượng cô đặc máu, có protein niệu.

+ Chụp X quang

- Trên phim cổ nghiêng: thấy dày phần mềm trước cột sống cổ, hình ảnh mức nước mức hơi ở vùng thực quản cổ, tràn khí vùng cổ - ngực, tràn khí ở vùng trước cột sống cổ, có thể thấy hình ảnh dị vật nếu cản quang.

- Trên phim phổi thẳng: thấy hình ảnh trung thất giãn rộng, có hình ống khói, không thấy các hình ảnh dị vật trừ khi là kim loại.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Có tiền sử hóc hoặc ăn thức ăn có xương.

- Nuốt đau, nuốt vướng không ăn uống được, tăng tiết nước bọt.

- Sốt, sưng đau vùng cổ, hoặc đau vùng ngực.

- Có hình ảnh dị vật cản quang trên phim cổ nghiêng hoặc phổi thẳng. Có thể thấy dày phần mềm trước cột sống cổ, hình ảnh mức nước mức hơi ở vùng cổ hoặc hình ảnh viên tây, abscess trung thất.

- Nội soi thấy có dị vật ở đường ăn, hoặc lấy được dị vật qua đường phẫu thuật.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hóc giả: bệnh nhân có cảm giác nuốt đau, nuốt vướng nhưng không sốt, vẫn ăn uống bình thường, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật, cũng không thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ.

- Dị vật đã trôi đi: thực chất bệnh nhân có bị hóc xương, nhưng xương đã trôi đi, để lại vết loét nên bệnh nhân ăn uống cảm thấy đau. Vết loét có thể tự lành nhưng có khi nhiễm trùng tạo thành ổ viêm tấy hoặc abscess, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật chứng có thể thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ hoặc ổ abscess.

- Khối u thực quản: cảm giác chủ yếu là nuốt vướng, nuốt nghẹn, không có sốt nhưng thể trạng gầy sút.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Giai đoạn đầu

- Nội soi thực quản gấp dị vật.

- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, chống viêm.

- Phòng biến chứng.

6.2. Giai đoạn biến chứng

6.2.1. Viêm tấy hoặc abscess thành thực quản

- Nội soi thực quản gấp dị vật và đồng thời hút mũ ổ viêm trong lòng thực quản.

- Đặt sonde mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

- Chống viêm bằng các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram âm, Gram dương và chống kỵ khí.

- Theo dõi bệnh nhân nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ổ abscess.

- Phòng các biến chứng.

6.2.2. Viêm tấy hoặc abscess quanh thực quản

- Đối với viêm tấy hoặc abscess vùng thực quản cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ abscess, lấy dị vật qua đường mổ hoặc đường nội soi.

- Mở lồng ngực dẫn lưu ổ abces trung thất và lấy dị vật hoặc lấy dị vật qua nội soi (thực hiện tại khoa phẫu thuật lồng ngực). Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.
- Hồi sức tốt, chống choáng, bồi phụ nước điện giải.
- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh đường tiêm truyền, đồng thời với các thuốc giảm viêm, giảm phù nề.
- Nâng cao thể trạng, nuôi dưỡng bằng ống thông mũi thực quản dạ dày đối với abces quanh thực quản cổ hoặc qua ống thông mở thông dạ dày đối với abces trung thất.

6.2.3. Các thể lâm sàng đặc biệt

- Dị vật xuyên ra ngoài thành thực quản: rất nguy hiểm nếu xuyên vào động mạch hoặc phủ tạng. Thường gây viêm nhiễm sớm và rất nặng. Cần phải lấy dị vật bằng phẫu thuật.
- Dị vật trên bệnh nhân hẹp thực quản: những bệnh nhân có hẹp thực quản từ trước như sẹo hẹp do bỏng hoá chất, hẹp miệng nối sau phẫu thuật teo thực quản bẩm sinh, khối u thực quản,... Soi lấy dị vật sau đó phải điều trị sẹo hẹp.

6.2.4. Biến chứng

- Viêm tấy mô liên kết lỏng lẻo ở cổ: viêm tấy xuất hiện rất sớm, trong vòng 24 giờ, gây bạnh cổ, mặt, đôi khi lan tới vùng ngực. Sờ vùng cổ ngực thấy sưng nóng, lép bẹp khí. Xử trí ngay bằng cách lấy bỏ dị vật, điều trị kháng sinh liều cao và chống yếm khí, theo dõi nếu sưng tấy không thuyên giảm phải phẫu thuật dẫn lưu.
- Viêm trung thất: lấy dị vật, hồi sức, điều trị kháng sinh và chống viêm tích cực, nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày.
- Viêm màng phổi mủ: ổ viêm ở trung thất lan vào màng phổi gây viêm màng phổi mủ. Sau lấy bỏ dị vật, dẫn lưu mủ màng phổi, kháng sinh liều cao phối hợp.
- Thủng động mạch lớn: thủng động mạch cảnh do dị vật đâm xuyên thành động mạch hoặc do ổ viêm lân cận gây viêm tấy sau đó làm hoại tử thành động mạch cảnh. Phải mổ thất động mạch cảnh, điều trị ổ viêm do dị vật. Thủng động mạch chủ: phẫu thuật lồng ngực khâu lỗ thủng động mạch (ít kết quả).

7. PHÒNG BỆNH

7.1. Tuyên truyền trong cộng đồng

- Không nên ăn uống vội vàng.
- Không nói chuyện và cười đùa trong khi ăn, cẩn thận khi ăn uống.
- Không nên uống rượu say nhắm đồ ăn có lẫn xương.
- Đối với trẻ em và người già: cần loại bỏ xương trước khi ăn.
- Khi bị hóc không nên chữa mẹo.

7.2. Đối với y tế tuyến cơ sở

Cần hỏi kỹ tiền sử hóc xương

- Nên khai thác kỹ các triệu chứng chính, phân biệt được hóc thật và hóc giả để gửi đi kịp thời.
- Xác định được giai đoạn, phát hiện được các bệnh nhân có choáng để hồi sức kịp thời trước khi chuyển bệnh nhân.

7.3. Đối với y tế truyền chuyên khoa

- Cần tiến hành soi gấp dị vật sớm, tránh các biến chứng
- Mở dẫn lưu abces kết hợp với lấy dị vật ở thực quản cổ

- Mở dẫn lưu abscess trung thất và lấy dị vật, có kết hợp với kíp phẫu thuật lồng ngực
- Tiên lượng được các biến chứng, tiến triển bất thường, có thái độ xử trí đúng và kịp thời tránh gây tử vong.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguy cơ chính của dị vật đường thở di động ở trẻ em là:

- A. Mất kẹt vào buồng thanh thất Morgagni gây ngạt thở
- B. Viêm khí phế quản
- C. Tràn khí dưới da
- D. Gây chấn thương chảy máu trong lòng khí quản

Câu 2. Nguyên nhân gây dị vật đường thở nào sau đây bệnh nhân khó phòng tránh?

- A. Hít vào sâu rộng và đột ngột
- B. Ngậm vật để hóc cười đùa
- C. Ngậm vật để hóc trong lúc quá ngạc nhiên, quá sợ hãi
- D. Thủ thuật nạo VA, nội soi, nhổ răng sữa

Câu 3. Dị vật đường thở nào sau đây nguy hiểm nhất trong tiên lượng bệnh?

- A. Chiếc đinh ghim kim loại
- B. Mẫu xương cá
- C. Hạt đậu phộng
- D. Hạt dưa

Câu 4. Lứa tuổi nào sau đây hay hóc xương nhất ở Việt nam?

- A. Nhà trẻ, mẫu giáo
- B. Trẻ em
- C. Người lớn
- D. Người già

Câu 5. Bản chất dị vật đường ăn ở nước ta hay gặp nhất:

- A. Dị vật sống
- B. Các loại xương trong thực phẩm ăn uống
- C. Các loại hạt trái cây
- D. Các vật liệu ngậm vào miệng khi làm việc

BÀI 11. VIÊM HỌNG, VIÊM THANH QUẢN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây bệnh viêm họng và viêm thanh quản.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng viêm họng và viêm thanh quản.
- 1.3. Trình bày được hướng điều trị bệnh viêm họng và viêm thanh quản.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. VIÊM HỌNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng là tình trạng viêm nhiễm niêm mạc của họng. Vì họng là cửa ngõ của đường ăn và đường thở nên rất dễ bị nhiễm khuẩn. Đây là vùng có nhiều loại thần kinh (vận động, cảm giác, thực vật) nên rất dễ gây ra các phản xạ thần kinh nội tiết ở cả các vùng xa của cơ thể.

Viêm họng có nhiều hình thái biểu hiện khác nhau, tùy theo tiến triển của bệnh hoặc đặc trưng của các tác nhân gây bệnh và lứa tuổi. Viêm họng đỏ thông thường có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng viêm VA thường chỉ gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, còn viêm Amygdale thì gặp ở tuổi lớn hơn từ 6 - 15 tuổi, cũng có thể gặp ở trung niên và người lớn.

2. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân viêm họng rất phức tạp, được chia ra viêm họng do virus (chiếm từ 60 - 80% trường hợp) hay viêm họng do vi khuẩn (thường do bội nhiễm sau nhiễm virus). Một số loại vi khuẩn thường gặp gây bệnh ở họng là:

- Liên cầu β tan huyết nhóm A (khoảng 20%).
- Phế cầu và *Hemophilus Inluenza*.
- Tụ cầu vàng (hiếm gặp hơn).

Các nguyên nhân trên có thể gây ra các thể viêm họng đỏ, viêm họng mủ trắng, viêm loét họng, viêm họng có giả mạc, viêm họng trong các bệnh máu,....

3. VIÊM HỌNG CẤP THÔNG THƯỜNG

Đây là thể viêm họng điển hình, rất hay gặp.

3.1. Nguyên nhân

Thường là do virus, sau đó bội nhiễm các loại vi khuẩn như liên cầu và phế cầu. Bệnh rất dễ lây bằng đường nước bọt và dịch mũi, họng. Hay gặp trong mùa lạnh.

3.2. Triệu chứng

3.2.1. Triệu chứng toàn thân

Cảm giác khó chịu, gai rét có thể kèm đau người. Sốt vừa hoặc sốt cao.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau họng, đôi khi rất đau.
- Đau họng lan lên tai.

- Nuốt đau.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

- Khám họng sẽ thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ, tăng xuất tiết, họng rất bóng. Đôi khi thấy có chất bẩn như bã đậu màu trắng hoặc màu vàng xám ở trên bề mặt Amygdale

- Những yếu tố nghĩ tới viêm họng do liên cầu β tan huyết nhóm A
 - + Khởi phát đột ngột.
 - + Sốt cao 39 - 40⁰C.
 - + Có hạch dưới hàm cả hai bên.
 - + Khám họng thấy có mũ trắng bẩn ở khe, hốc Amygdale hai bên.
 - + Xét nghiệm máu thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.
 - + Định lượng ASLO thấy tăng chậm và không liên tục.

3.2.4. Cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu. Giai đoạn đầu bạch cầu trong máu không tăng, nhưng nếu có bội nhiễm khuẩn bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

3.3. Chẩn đoán

3.3.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng: phết dịch họng nuôi cấy vi khuẩn sẽ định loại được nguyên nhân gây bệnh.

3.3.2. Chẩn đoán thể lâm sàng

3.3.2.1. Viêm họng mũ trắng thông thường

* **Nguyên nhân:** chủ yếu là do vi trùng, bao gồm viêm họng do liên cầu và các loại khác như tụ cầu, phế cầu, Friedlander, Pfeiffer... Bệnh có thể xuất hiện trong bất kỳ thời tiết nào và lây truyền qua đường nước bọt...

*** Triệu chứng**

- Triệu chứng toàn thân: có cảm giác ớn lạnh, đau mình mẩy, sốt 38 - 39⁰C.
- Triệu chứng cơ năng
 - + Đau rát họng, đôi khi rất đau.
 - + Đau họng lan lên tai.
 - + Nuốt đau.
 - + Khàn tiếng nhẹ.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Khám họng sẽ thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ, hai Amygdale sưng to, các khe giãn, có lớp mũ màu trắng phủ ở miệng khe. Lớp mũ lúc đầu màu trắng, sau có màu vàng xám. Lớp mũ này chỉ khu trú ở Amygdale, không bám vào niêm mạc, có thể chùi mũ bằng bông dễ dàng không gây chảy máu. Đôi khi thấy có chất bẩn như bã đậu màu trắng hoặc màu ghi xám ở trên bề mặt Amygdale.
 - + Trụ trước, trụ sau, lưỡi gà và màn hầu đều xung huyết nhưng không sưng nề, ở thành sau họng có các đảo tổ chức lympho bị viêm và có mũ trắng.
 - + Amygdale lưỡi đôi khi cũng bị viêm và có mũ trắng.
 - + Các hạch ở vùng sau góc hàm luôn bị sưng to và đau.

- Cận lâm sàng: xét nghiệm thấy bạch cầu đa nhân trung tính trong máu tăng cao từ 10.000 - 12.000/mm³ máu.

3.3.2.2. Viêm họng có màng giả

Viêm họng do bạch hầu: hiện nay hiếm gặp nhờ chương trình tiêm chủng mở rộng

- Khi thấy viêm họng có màng giả trước tiên bao giờ cũng nghĩ tới viêm họng do bạch hầu.

- Triệu chứng toàn thân và cơ năng: sốt và nuốt đau ngày càng tăng dần.

- Triệu chứng thực thể: khám họng thấy màng giả dày, bám chắc vào bề mặt amidan, trụ trước có khi lan toả ở cả họng, màn hầu, có hạch cổ và hạch dưới hàm hai bên sưng to, đau.

- Triệu chứng cận lâm sàng: cần phải quệt giả mạc tìm được khuẩn bạch hầu qua soi tươi, nuôi cấy

- Điều trị

+ Liệu pháp huyết thanh: tiêm sâu dưới da 30 - 50.000 đơn vị cho người lớn, trẻ em 10.000 - 20.000 đơn vị.

+ Kháng sinh Penicillin hoặc Macrolid.

3.3.2.3. Viêm họng loét (Viêm họng Vincent)

- Thường gặp ở người trẻ hoặc tuổi vị thành niên. Thường kết hợp trong bệnh cảnh của xoắn khuẩn Vincent và Spirochetes.

- Viêm họng ở một bên với các vết loét đau, chủ yếu khu trú ở Amygdale, không cứng. Amygdale được phủ bởi một lớp màng giả màu vàng xám, không dính dễ lấy bỏ.

- Bệnh nhân có thể sốt hoặc không sốt, nhưng cơ thể rất mệt mỏi. Điều trị chủ yếu là Penicillin hoặc flagyl

- Loét họng do giang mai: ngày nay hiếm gặp, thứ phát do giang mai sinh dục. Chẩn đoán xác định bằng: sinh thiết bệnh phẩm, chẩn đoán huyết thanh. Điều trị bằng Penicillin chậm.

3.3.2.4. Viêm họng trong các bệnh về máu

Các bệnh về máu thường hay có biểu hiện ở họng như bệnh tăng bạch cầu đơn nhân, các bệnh rối loạn về động máu, chảy máu, suy tuỷ xương, Lymphomalin,... Vì vậy, cần phải nghĩ tới các bệnh về máu khi viêm họng có kèm với:

- Chảy máu

- Kết hợp với viêm lợi chảy máu

- Quan trọng nhất là cần phải làm các xét nghiệm về máu, huyết tuỷ đồ, sinh thiết tuỷ.

3.4. Các biến chứng

- Các hội chứng sau nhiễm liên cầu.

- Viêm tấy quanh Amygdale.

- Thường sau một viêm họng thông thường, các dấu hiệu khu trú ở một bên, tình trạng toàn thân nặng thêm như sốt 40⁰C, đau tai và nuốt rất đau. Khám thực thể thấy có ba dấu hiệu chủ yếu: đẩy màn hầu ra trước, khít hàm, phù nề lưỡi gà.

3.5. Điều trị

- Đối với viêm họng do vi khuẩn, dùng kháng sinh nhóm β -lactam có hiệu quả nhất, nếu dị ứng có thể dùng nhóm Macrolid. Viêm họng do virus không nên điều trị bằng kháng sinh.

- Các thuốc giảm viêm, giảm đau.

- Súc họng bằng các thuốc kiềm hoá họng như nước muối sinh lý 0,9%,

Natri bicarbonat, BBM ...

4. VIÊM HỌNG MÃN TÍNH

4.1. Đại cương

Viêm họng mãn tính là tình trạng viêm họng kéo dài, thể hiện dưới ba hình thức chính là xuất tiết, quá phát và tạo. Các bệnh tích có thể lan toả hoặc khu trú. Thể điển hình của viêm họng mãn tính là viêm họng mãn tính lan toả, viêm họng mãn tính khu trú gồm có viêm V.A mãn tính và viêm Amygdale mãn tính (có bài riêng).

4.2. Nguyên nhân

- Do viêm mũi xoang mãn tính, đặc biệt là viêm xoang sau.
- Tắc mũi mãn tính
- Viêm Amygdale mãn tính do vẹo vách ngăn, quá phát cuộn, polyp mũi.
- Do tiếp xúc với khói bụi, các chất kích thích như: hơi hoá học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu,....
- Cơ địa dị ứng, tạng khớp, tạng tân,....

4.3. Triệu chứng

4.3.1. Triệu chứng toàn thân

Thường không có gì đặc biệt.

4.3.2. Triệu chứng cơ năng

Điển hình nhất là viêm họng mãn tính lan toả. Cảm giác thường gặp nhất là khô họng, cay họng, ngứa và vướng họng. Những cảm giác này rất rõ rệt về buổi sáng lúc mới thức dậy. Bệnh nhân có ho khạc, đờm hắng để làm long đàm.

Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường. Những bệnh nhân uống rượu, hút thuốc lá, hoặc nói nhiều thì các triệu chứng trên lại tăng thêm.

4.3.3. Triệu chứng thực thể

Tuỳ theo thể bệnh mà khám họng sẽ thấy các tổn thương khác nhau.

- Viêm họng long tiết: niêm mạc họng đỏ, ướt, có những hạt ở thành sau họng. Tiết nhày dọc theo vách họng.

- Viêm họng quá phát: niêm mạc họng dày và đỏ. Có khi các cơ họng cũng quá phát. Bên cạnh mỗi trụ sau có một cái nẹp giả do niêm mạc bị quá phát. Bệnh nhân rất hay buồn nôn và tăng phản xạ họng. Thành sau họng có những mảng quá sản dày, bóng và đỏ. Màng hầu và lưỡi gà dày, eo họng bị hẹp. Mép sau của thanh quản cũng bị dày, nên bệnh nhân hay ho khan và khàn tiếng.

- Viêm họng teo: sau giai đoạn viêm quá phát sẽ chuyển sang thể teo. Các tuyến nhày và nang tổ chức tân xơ hoá. Hai trụ giả phía sau hai Amygdale mất đi. Các hạt ở thành sau họng cũng biến mất. Màng hầu và lưỡi gà mỏng đi. Niêm mạc họng trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ. Eo họng doãng rộng, ít tiết nhày và họng trở nên khô.

4.4. Chẩn đoán

4.1. Các triệu chứng cơ năng

- Khô họng, cay họng, ngứa và vướng họng. Hay ho khạc, đờm hắng.
- Nuốt có cảm giác vướng và đau. Tiếng có thể khàn nhẹ hoặc bình thường.

4.2. Triệu chứng thực thể: Niêm mạc họng đỏ, ướt, có những hạt ở thành sau họng. Tiết nhày dọc theo vách họng. Hoặc niêm mạc họng dày và đỏ, có nẹp giả ở sau trụ sau. Đến giai đoạn viêm họng teo thì thấy niêm mạc họng trở nên nhẵn, mỏng, trắng và có mạch máu nhỏ.

4.5. Điều trị

4.5.1. Điều trị nguyên nhân

- Giải quyết các ổ viêm ở mũi xoang, Amygdale.
- Giải quyết sự lưu thông của mũi.

4.5.2. Điều trị tại chỗ

- Giai đoạn long tiết: súc họng bằng các dung dịch BBM, nước muối sinh lý 0,9%, chườm họng bằng SMC, khí dung họng bằng tinh dầu hoặc các thuốc giảm viêm.
- Giai đoạn quá phát: đốt các hạt lympho ở trụ sau bằng đốt điện hoặc nitơ lỏng, lase,....
- Giai đoạn teo: khí dung nước biển từng đợt, kéo dài. Uống vitamin C và Vitamin A để tăng sức đề kháng niêm mạc.

4.6. Phòng bệnh

- Kiêng rượu, bia, thuốc lá.
- Ăn uống điều độ, tránh khói bụi, hơi độc. Khi bị viêm họng cấp cần điều trị dứt điểm, không để kéo dài trở thành mãn tính.
- Đối với viêm họng mãn tính khu trú như viêm VA, viêm Amygdale nếu điều trị đúng mà tái phát nhiều lần (> 5 lần/năm) thì chỉ định nạo VA hoặc cắt Amygdale sớm để tránh các biến chứng.

B. VIÊM THANH QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm thanh quản (VTQ) nói chung là tình trạng bệnh lý ở thanh quản do các loại vi sinh gây ra, bao gồm: VTQ do virus, VTQ do vi khuẩn và VTQ do ký sinh trùng.
- Bệnh thường xảy ra khi thay đổi thời tiết, hay gặp trong mùa lạnh, trong và sau các đợt cảm cúm hoặc viêm mũi, họng cấp.
- Viêm thanh quản cấp thường gặp ở trẻ em đặc biệt là ở trẻ nhỏ dưới 6 tuổi, ngược lại viêm thanh quản mãn thường gặp ở người lớn, ít gặp ở trẻ em
- Viêm thanh quản cấp có biểu hiện lâm sàng khác nhau theo lứa tuổi mắc bệnh nên được chia ra: viêm thanh quản cấp ở trẻ em và viêm thanh quản cấp ở người lớn.
- Viêm thanh quản mãn tính được chia ra: viêm thanh quản mãn tính xuất tiết thông thường, viêm thanh quản quá phát, viêm thanh quản nghề nghiệp và viêm thanh quản đặc hiệu...

2. VIÊM THANH QUẢN CẤP

Viêm thanh quản cấp là tình trạng viêm niêm mạc của thanh quản. Viêm cấp có rất nhiều nguyên nhân khác nhau và biểu hiện lâm sàng thanh quản cũng rất khác nhau tùy theo từng loại nguyên nhân, thường được chia ra: viêm thanh quản cấp ở trẻ em và viêm thanh quản cấp ở người lớn. Nhưng thông thường hay gặp viêm thanh quản cấp ở trẻ em, hiếm gặp viêm thanh quản cấp người lớn.

2.1. Viêm thanh quản cấp ở trẻ em

Thường gặp ở trẻ từ 1 - 6 tuổi, xảy ra khi thay đổi thời tiết hoặc ở mùa lạnh.

2.1.1. Nguyên nhân

Hay gặp các nguyên nhân nhiễm khuẩn, một hay nhiều loại. Ngày nay, các nguyên nhân do virus ngày càng gặp nhiều hơn. Các loại virus thường gặp như là: Influenza, virus A.P.C,....

Niêm mạc thanh quản trẻ em rất dễ phù nề đặc biệt là vùng dưới niêm mạc, trẻ dưới 1 tuổi, nếu niêm mạc thanh quản phù nề 1mm thì đường kính của thanh quản bị hẹp còn một nửa, nên khó thở thanh quản hay gặp trong viêm thanh quản cấp ở trẻ nhỏ.

2.1.2. Triệu chứng

Triệu chứng cơ năng: thể điển hình là viêm thanh quản cấp đơn thuần: thường gặp do cúm với các triệu chứng cơ năng như khàn tiếng, ho nhưng không có khó thở. Không có triệu chứng toàn thân.

Triệu chứng thực thể: khám thanh quản thường thấy viêm phù nề đỏ ở vùng thượng thanh môn. Tiền đình thanh quản và hai dây thanh xung huyết đỏ.

2.1.3. Chẩn đoán

2.2.3.1. Chẩn đoán xác định

Khàn tiếng đi kèm với các triệu chứng của cảm cúm như hắt hơi, chảy mũi, đau họng. Soi thanh quản thấy xung huyết phù nề ở thượng thanh môn, tiền đình thanh quản và dây thanh.

2.2.3.2. Các thể lâm sàng

- *Viêm thanh quản cấp tính ngạt thở*: biểu hiện theo nhiều bệnh cảnh khác nhau, thường gặp nhất là viêm thanh quản hạ thanh môn.

- *Viêm thanh quản hạ thanh môn*

- Viêm thanh quản hạ thanh môn là bệnh lý gặp ngày càng tăng, chủ yếu ở trẻ nhỏ 1- 3 tuổi.

- Là một cấp cứu trong tai mũi họng vì hay gây ra khó thở thanh quản, dễ đưa tới biến chứng viêm đường hô hấp dưới. Bệnh thường xuất hiện trong hoặc sau quá trình viêm nhiễm ở mũi họng hoặc cũng có thể không có tiền triệu.

- Nguyên nhân thường do virus: Myxovirus, virus á cúm (parainfluenza)... Cũng có trường hợp do vi khuẩn như liên cầu beta tan huyết nhóm A, tụ cầu vàng, phế cầu và *Hemophylus influenzae*, thường tiến triển rất nặng.

- *Thể điển hình*: viêm thanh quản hạ thanh môn thường phát hiện vào ban đêm, trên một trẻ nhỏ đang bị viêm mũi họng thông thường, tiến triển từ từ và đột nhiên xuất hiện khó thở thanh quản: khó thở chậm, khó thở vào, có tiếng rít và co kéo cơ hô hấp. Tiếng ho cò cữ và ông ông, giọng nói gằn như bình thường nhưng sau đó trở nên trầm và cứng hơn. Trẻ có sốt vừa 38 - 38,5⁰C. Chẩn đoán xác định rất khó trong trường hợp này vì không soi được thanh quản trực tiếp, không biểu hiện trên phim chụp phổi.

2.2.3.3. Xử lý

- Liệu pháp corticoid: Solumedrol 0,5 mg/kg/ngày hoặc Depersolon 1mg/kg/ngày. Cho thở oxy ẩm.

- Kháng sinh phòng bội nhiễm.

- Tránh khám và vận động trẻ nhiều dẫn đến tình trạng khó thở nặng hơn phải mở khí quản.

- Không được dùng thuốc an thần.

- Phải theo dõi sát tình trạng khó thở.

- Nếu tình trạng khó thở giảm thì tiếp tục điều trị kháng sinh, corticoid đường uống.

- Hạ sốt nếu cần thiết

- Điều trị viêm mũi họng bằng nhỏ mũi.

- Những thể không đáp ứng với corticoid, thường là do vi khuẩn, bệnh nhân phải được nằm viện và theo dõi chặt chẽ, nếu khó thở tiến triển theo chiều hướng nặng thêm phải đặt nội khí quản theo đường mũi hoặc tốt nhất là mở khí quản.

- Viêm thanh quản co thắt hoặc viêm thanh quản giả bạch hầu: Viêm và phù nề khu trú ở vùng hạ họng. Co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở, thường xảy ra nửa đêm về sáng, cơn khó thở và ngạt thở, thở rít, giọng khàn, ho ông ổng, co kéo cơ hô hấp và các cơ liên sườn, cơn khó thở có thể qua đi trong nửa giờ nhưng cũng có thể tái diễn cơn khó thở khác. Không sốt, không có dấu hiệu toàn thân khác.

- Viêm thanh quản thượng thanh môn (viêm thanh thiệt): Thanh thiệt bị sưng nề, bệnh nhân có nuốt đau, khó thở, tăng tiết nhiều nước bọt, cổ ngả về phía trước, khó thở tăng khi nằm ngửa. Hiện nay ít gặp nhờ tiêm phòng Hib.

- Viêm thanh quản bạch hầu:

+ Viêm thanh quản bạch hầu ngày càng hiếm gặp nhờ chương trình tiêm chủng mở rộng.

+ Nguyên nhân do vi khuẩn Loeffler xâm nhập vào thanh quản gây phù nề và loét có màng giả. Bệnh thường thứ phát sau bạch hầu họng, bạch hầu thanh quản nguyên phát rất hiếm.

+ Triệu chứng: trẻ bị bạch hầu họng thông thường có sốt nhẹ, đau họng, có hạch cổ, da mặt tái xanh, sau đó xuất hiện khàn tiếng.

• Giai đoạn đầu: trẻ ho khan, tiếng ho trong, tiếng nói khàn, Khó thở khi gắng sức (khó thở thanh quản độ I).

• Giai đoạn thứ 2: trẻ mất tiếng hoàn toàn và tiếng ho rè, bệnh nhân khó thở thanh quản độ 2 điển hình (khó thở chậm, khó thở vào và có tiếng rít thanh quản rõ). Khó thở thường kèm theo những cơn co thắt làm cho bệnh nhân ngạt thở, trợn mắt, tím tái người.

• Giai đoạn thứ 3: ngoài triệu chứng khó thở bệnh nhân còn có triệu chứng nhiễm độc và suy nhược các trung tâm hô hấp. Bệnh nhân nằm lả người, thở nhanh và nông, không còn tiếng rít, co lõm cũng giảm. Toàn thân trẻ xanh nhợt, đầu ngón tay chân đều tím và lạnh, mạch nhanh nhỏ, khó bắt, khó thở cấp 3 và nhiễm độc.

- Tiên lượng: rất nặng, nếu không được điều trị bệnh bạch hầu sẽ đưa tới tử vong vì ngạt thở, vì truy tìm mạch do nhiễm độc và phế quản phế viêm.

2.2. Viêm thanh quản cấp ở người lớn (Thể điển hình là viêm thanh quản cấp xuất tiết thông thường)

2.2.1. Đại cương

Bệnh hay gặp về mùa rét. Bệnh tích thường lan từ mũi họng xuống thanh quản hoặc ngược lại. Nguyên nhân chủ yếu là do virus, gặp ở nam nhiều hơn nữ.

2.2.2. Triệu chứng

- *Toàn thân*: thường bắt đầu bằng cảm giác ớn lạnh, gai rét, đau người giống như triệu chứng của cúm. Hiếm khi gặp sốt thực sự.

- *Cơ năng*: bắt đầu là cảm giác khô họng, nuốt rát. Tiếng nói trở nên khàn và có khi mất hoàn toàn. Kèm theo đó bệnh nhân có ho, lúc đầu ho khan không có đàm, sau họ có ít đàm trắng trong. Nếu có kèm theo viêm khí phế quản thì sẽ có nhiều đàm, có màu vàng hoặc xanh.

- *Triệu chứng thực thể*

+ Niêm mạc xung huyết: thanh thiệt, băng thanh thất và dây thanh hai bên đỏ, xung huyết.

+ Thanh thiệt, sụn phễu, khe liên phễu phù nề làm cho dây thanh hai bên không khép kín khi phát âm.

+ Tăng xuất tiết ở thanh quản, có nhiều dịch ở mép sau, mặt trên hai dây thanh.

+ Nếu không điều trị bệnh có thể giảm dần sau 3 - 4 ngày, sau 1 tuần hoặc 10 ngày giọng có thể trong trở lại, nhưng có khi bệnh không tự khỏi mà dẫn tới viêm khí quản, viêm phế quản.

2.2.3. Chẩn đoán

- *Chẩn đoán xác định:* triệu chứng cơ năng quan trọng nhất là khàn tiếng kèm theo ho, chảy mũi, đau họng. Khám thanh quản thấy niêm mạc xung huyết, phù nề, tăng xuất tiết ở thanh quản.

- *Chẩn đoán phân biệt*

Viêm mũi họng cấp: bệnh nhân ngẹt mũi, chảy mũi, họ có thể có khàn tiếng do họ nhiều, khi soi thanh quản không thấy hiện tượng xung huyết, phù nề ở thượng thanh môn mà chỉ thấy phù nề nhẹ ở dây thanh hai bên.

2.2.4. Thể lâm sàng

- *Viêm thanh quản cúm*

+ Là viêm thanh quản do virus cúm đơn thuần hoặc virus cúm phối hợp với vi khuẩn. Bệnh ít khi khu trú ở thanh quản mà thường lan tràn đến khí quản và phế quản.

+ Triệu chứng: viêm thanh quản do cúm tiến triển thất thường tùy theo các loại vi khuẩn phối hợp gây bệnh và tùy theo sức đề kháng của từng cá thể.

- *Thể xuất tiết:* triệu chứng giống viêm thanh quản xuất tiết thông thường, nhưng thường bệnh nhân có sốt, mệt mỏi kéo dài. Khám thanh quản đôi khi thấy có các điểm xuất huyết dưới niêm mạc. Đó là dấu hiệu đặc hiệu của viêm thanh quản cúm.

- *Thể phù nề:* đó là giai đoạn tiếp theo của xuất tiết. Phù nề thường khu trú ở thanh thiệt và mặt sau sụn phễu. Bệnh nhân nuốt rất đau và đôi khi có khó thở, tiếng nói ít thay đổi.

- *Thể loét:* soi thanh quản sẽ thấy có những vết loét nông, bờ đỏ, sụn phễu và sụn thanh thiệt bị phù nề.

- *Thể viêm tấy:*

+ Triệu chứng toàn thân nặng: sốt cao, mạch nhanh, mặt hộc hác.

+ Triệu chứng cơ năng rõ rệt, khó nuốt, đau họng nhói lên tai, giọng khàn đặc hoặc mất hẳn, khó thở thanh quản,

+ Triệu chứng thực thể: vùng trước thanh quản viêm tấy, sưng to, ấn đau. Sau khi hết viêm, bệnh để lại di chứng sẹo hẹp thanh quản.

- *Thể hoại tử:* màng sụn bị viêm và bị hoại tử. Các tổ chức liên kết lỏng lẻo, cổ bị viêm tấy cứng hoặc viêm tấy mũ. Thanh quản bị sưng to và có màng giả che phủ. Bệnh nhân khó nói, nuốt đau và khó thở. Triệu chứng toàn thân rầm rộ: sốt cao, mạch nhanh, yếu, thở nhanh nông, huyết áp thấp, nước tiểu có protein. Tiên lượng rất xấu, bệnh nhân thường tử vong do phế quản phế viêm, truy tim mạch.

2.2.5 Điều trị

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.

- Khí dung mũi họng bằng các loại tinh dầu, kháng sinh kết hợp Hydrocortison...
- Bom thuốc thanh quản bằng các thuốc giảm viêm như Hydrocortison, α -chymotrypsin...
- Thuốc toàn thân: các thuốc giảm ho, đặc biệt là kháng Histamin thế hệ I, II, Vitamin, hoa quả tươi để nâng cao sức đề kháng.

3. VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH

3.1. Đại cương

Viêm thanh quản mãn tính là tình trạng viêm nhiễm thông thường ở thanh quản tiến triển kéo dài, quá trình viêm này có thể dẫn tới quá sản, loạn sản hoặc teo niêm mạc thanh quản.

3.2. Nguyên nhân

Là một bệnh thường gặp do rất nhiều yếu tố thuận lợi.

3.2.1. Do phát âm: sử dụng giọng không đúng, quá lạm dụng sử dụng giọng (nghề giáo viên, ca sĩ, bán hàng...).

3.2.2. Do bệnh lý của đường hô hấp: như viêm mũi xoang, viêm họng, viêm Amygdale,...

- Hít phải khí độc như khói thuốc lá, hoá chất.

- Khí hậu ẩm ướt, thay đổi quá nhiều nhiệt độ trong ngày, một số nghề nghiệp làm việc ngoài trời, nghề nấu ăn, làm thủy tinh,....

3.2.3. Do các bệnh toàn thân như: bệnh gout, bệnh gan, tiểu đường, béo phì,...

3.3. Tổn thương mô bệnh học

- Trong giai đoạn đầu niêm mạc bị xung huyết, các tế bào trụ mất lông chuyển và biến thành dạng tế bào dẹt.

- Sang giai đoạn sau, biểu mô bị thoái hoá, trở nên dẹt ở nơi bị che kín và dày những nơi bình thường có biểu mô lát.

3.4. Triệu chứng

3.4.1. Triệu chứng toàn thân: nhìn chung không có dấu hiệu toàn thân.

3.4.2. Triệu chứng cơ năng

Đầu tiên tiếng nói không vang, làm cho bệnh nhân phải cố gắng nhiều mới nói to được. Về sau tiếng nói bị rè, khàn và yếu. Nhìn chung khàn tiếng là dấu hiệu quan trọng nhất, khàn tiếng kéo dài lúc tăng lúc giảm kèm theo họ, đôi khi có kèm cảm giác nói đau. Bệnh nhân luôn phải gắng gượng cho giọng nói được trong, nhiều khi bệnh nhân có ho khan vào buổi sáng do chất nhày xuất tiết bám ở thanh quản. Ngoài ra, còn có cảm giác ngứa, cay và khô rát ở thanh quản,

3.4.3. Triệu chứng thực thể

- *Tiết nhày:* chất nhày hay đọng lại ở một điểm cố định, điểm giữa phần ba trước và phần ba giữa của dây thanh, đó chính là vị trí hình thành nên hạt xơ nếu quá trình viêm nhiễm tiếp tục kéo dài. Khi bệnh nhân ho thì chất nhày trên mất đi, nhìn thấy tổn thương xung huyết ở vị trí trên.

- *Dây thanh* cũng bị thương tổn ở mức độ nhẹ, niêm mạc dây thanh bị xung huyết đỏ, mạch máu dưới niêm mạc bị giãn làm toàn bộ dây thanh bị đỏ, có hai nhìn thấy những tia đỏ. Ở mức độ nặng, dây thanh bị quá sản và tròn như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, đỏ, mất bóng. Băng thanh thất cũng quá phát to và che kín dây thanh khi phát âm.

- *Trong trường hợp viêm thanh quản lâu ngày* có thể thấy được đường vân hoặc kẻ dọc trên mặt thanh dai.

- Nếu viêm thanh quản do tiểu đường, thấy niêm mạc ở màn hầu và họng cũng dày và xuất tiết.

3.5. Chẩn đoán

3.5.1. Chẩn đoán xác định

Triệu chứng cơ năng quan trọng nhất là khàn tiếng. Soi thanh quản thấy có dịch nhày quánh ở giữa 1/3 trước và 2/3 sau của dây thanh, niêm mạc dây thanh xung huyết đỏ, phù nề. Cũng có thể thấy niêm mạc dây thanh dày lên, hoặc tạo thành hạt xơ.

3.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- *Khối u ở thanh quản*: u nang, polyp, u nhú, ung thư thanh quản, Thường khàn tiếng từ từ tăng dần, mức độ khàn nặng hơn, soi thanh quản và sinh thiết khối u cho chẩn đoán chắc chắn.

- *Liệt thần kinh hồi quy*: xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, sặc các chất lỏng vào phổi, mức độ khàn tiếng nặng, mất tiếng.

3.5.3. Thở lâm sàng: viêm thanh quản nghề nghiệp

- Những người sử dụng giọng nhiều như ca sĩ, giáo viên, bán hàng thường bị viêm thanh quản nghề nghiệp do sử dụng giọng quá sức, hoặc những người làm việc ở những nơi nhiều bụi, nhiều khói, nhiều gió, hoặc hát không hợp với lĩnh vực âm của mình,

- Trong giai đoạn đầu, cường độ của tiếng nói giảm, bệnh nhân không nói to được. Nếu bệnh nhân gắng sức nói to thì giọng sẽ bị lạc, đau ở vùng thanh quản khi nói.

- Soi thanh quản thấy niêm mạc đỏ, rung động niêm mạc bị hạn chế, nếu nghỉ giọng trong thời gian ngắn, thanh quản hết viêm đỏ, giọng bệnh nhân trở lại bình thường. Nếu không nghỉ giọng, không học cách hát đúng lĩnh vực âm của mình, bệnh diễn biến thành viêm thanh quản mãn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây thanh.

- Hạt xơ là loại u nhỏ bằng hạt tằm nhỏ (đường kính khoảng bằng hoặc nhỏ hơn 1mm) mọc ở bờ tự do của dây thanh, thường hay ở vị trí giữa 1/3 trước và 1/3 giữa của hai dây thanh. Khi phát âm hai hạt xơ ở hai bên dây thanh sẽ tiếp xúc với nhau, làm cho dây thanh ở phía trước và phía sau không tiếp xúc được với nhau gây ra khàn tiếng.

3.6. Điều trị

- Trước tiên là điều trị các ổ viêm mũi họng, viêm xoang. Điều trị tại chỗ là chủ yếu: khí dung hoặc bơm thuốc vào thanh quản như các thuốc giảm viêm, giảm phù nề như Corticoid, α -chymotrypsin...

- Điều trị toàn thân bằng thuốc giảm viêm, giảm phù nề đường uống như Corticoid, Serratiopeptidase....

3.7. Phòng bệnh

- Khi bị viêm thanh quản cấp, cần điều trị triệt để. Điều trị các viêm nhiễm ở họng, ở mũi, ở xoang.

- Tránh tiếp xúc các hơi khí, hoá chất độc, sử dụng giọng hợp lý, nghỉ giọng khi có viêm nhiễm mũi họng và viêm đợt cấp./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Triệu chứng của viêm thanh quản cấp, ngoại trừ:

A. Ho kích thích

B. Khàn tiếng

C. Ho ra máu

D. Đau vùng trước thanh quản

Câu 2. Một bệnh nhân ho, khàn tiếng kéo dài, khó thở. Tiêu chuẩn nào sau đây có thể chẩn đoán khả năng viêm thanh quản mãn tính đặc hiệu?

- A. Viêm mũi mãn tính quá phát
- B. Người hoạt động nhiều về giọng
- C. Nghiện thuốc lá nặng
- D. Có hình ảnh tổn thương lao phổi tiến triển

Câu 3. Dấu hiệu nào sau đây là nổi bật nhất của viêm thanh quản mãn tính ở người lớn?

- A. Cảm giác khô trong họng thanh quản
- B. Đắng hăng thường xuyên
- C. Khả năng tiền ung thư
- D. Khàn tiếng

Câu 4. Chẩn đoán phân biệt giữa viêm thanh thiệt cấp và viêm thanh quản cấp ở trẻ em dựa vào đặc điểm:

- A. Ho
- B. Nuốt đau
- C. Khàn tiếng
- D. Khó thở

Câu 5. Trước một viêm họng loét hoại tử, bạn có thể loại trừ chẩn đoán nào sau đây?

- A. Bệnh về máu
- B. Viêm họng xơ teo
- C. Săng giang mai
- D. Chấn thương họng bội nhiễm

BÀI 12. UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG, VIÊM VA, VIÊM AMYDALE

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được yếu tố nguy cơ, các biểu hiện sớm ung thư vòm họng.

1.2. Trình bày được hướng điều trị ung thư vòm họng.

1.3. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm VA, Amygdale

1.4. Trình bày hướng điều trị bệnh viêm VA và Amygdale.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. UNG THƯ VÒM HỌNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nhắc lại giải phẫu của họng mũi

- Vòm họng còn gọi là họng mũi (naso - pharynx) nằm ở dưới đáy sọ, trước cột sống cổ và sau hốc mũi. Nó được coi như một hộp có 6 thành:

- Thành trước là hai lỗ mũi sau thông với hốc mũi

- Thành sau trên: hai thành trên và sau liên tiếp với nhau tạo nên như một thành còn được gọi là vòm họng (cavum).

- Hai thành bên: có hai loa vòi nhĩ (Eustachie) nối thông từ họng lên tại giữa. Loa vòi có hai nếp trước và nếp sau loa vòi. Sau nếp sau loa vòi là một hố lõm kẹp giữa thành bên và thành sau là hố Rosenmuler.

- Thành dưới thông thương với họng miệng, là đường ngang đi qua bờ sau vòm khẩu cái xương tới bờ dưới của đốt sống cổ 1.

- Bạch mạch của vùng họng mũi rất phong phú, đổ vào dây hạch cảnh trên.

- Vùng họng mũi liên quan chặt chẽ về giải phẫu với đáy sọ, khoang bên hàm họng (nơi xuất phát và đường đi của các dây thần kinh sọ não). Liên quan với tai giữa qua vòi nhĩ với mũi qua cửa mũi sau.

1.2. Định nghĩa về ung thư vòm mũi họng

- Ung thư vòm mũi họng là khối u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô phủ của vòm mũi họng. Với danh pháp quốc tế là NP.C: Naso - Pharyngeal - Carcinoma.

- Nó là một loại ung thư rất thường gặp ở Việt Nam.

2. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

2.1. Trên Thế giới: có ba vùng mắc bệnh này với các tỷ lệ khác nhau.

- *Vùng có tần số mắc cao nhất* là vùng Đông Nam Á, Trung Quốc, Hồng Kông. Việt Nam, Philipine, Singapore, và ở vùng Đông Bắc, Châu Phi. Hàng năm có khoảng 15 - 30 người bệnh mới mắc trên 100.000 dân. Nó chiếm khoảng 1/5 các khối u ác tính của toàn cơ thể và chiếm khoảng 3/4 so với các ung thư của đường tiêu hoá và hô hấp trên.

- *Vùng có tần số mắc trung gian:* như ở Hy Lạp, Thổ Nhĩ Kỳ, vùng bán đảo Alaska, Groenland. Hàng năm có khoảng dưới 5 người mới mắc trên 100.000 dân. Có tỷ lệ vào khoảng từ 3 - 5% so với các ung thư toàn cơ thể.

- *Vùng có tần số mắc thấp nhất:* vào khoảng 0,25% như ở châu Âu - châu Mỹ (EMC 1992).

2.2. Ở Việt Nam

- Ung thư vòm mũi họng là một trong năm loại ung thư hay gặp nhất (phế quản, dạ dày, vú, tử cung và vòm họng).

- Tỷ lệ mắc vào khoảng 10% so với ung thư toàn cơ thể (Phạm Thụy Liên - Hội nghị Ung thư vòm Việt - Pháp).

- Là loại ung thư hay gặp nhất trong vùng Tai Mũi Họng thuộc đường tiêu hoá và hô hấp trên.

- Về giới gặp ở nam nhiều hơn nữ. Với tỷ lệ khoảng 3/1.

- Tuổi: thường gặp là từ 45 - 55. Tuổi thấp nhất đã gặp là 4 và cao nhất là 84.

- Bệnh đã gặp ở mọi tỉnh thành, mọi miền, ở tất cả các vùng và các dân tộc.

3. CÁC GIẢ THUYẾT NGUYÊN NHÂN

3.1. Do virus Epstein-Barr (V.E.B - E.B.V)

- E.B.V thuộc nhóm virus Herpes, gây bệnh M.I - Mononucleosis infectious Châu Mỹ, bệnh L.B - Lymphoma Burkitt ở châu Phi và N.P.C - Ung thư vòm mũi họng ở vùng Đông Nam Á.

- Người ta đã phát hiện được gen (AND) của E.B.V ở trong tế bào, tổ chức ung thư vòm, qua phản ứng tổng hợp chuỗi P.C.R., và phản ứng miễn dịch dương tính với các kháng nguyên của E.B.V (IgA,M/VCA - kháng nguyên vỏ; IgA,G/EA - kháng nguyên sớm, IgA,G/EBNA - kháng nguyên nhân).

3.2. Do gen di truyền

N.P.C gặp nhiều ở những cá thể gốc Đông Nam Á, dù di cư sang Châu Âu, Mỹ, Úc cũng vẫn gặp với tỷ lệ cao hơn cả dân bản địa. Hiện nay đã tìm thấy sự rối loạn cấu trúc của nhiễm sắc và các đoạn gen đặc trưng trên hệ HL.A.

3.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan như

- Các nhiễm trùng tai mũi họng mãn tính dai dẳng.

- Điều kiện kinh tế, mức sống thấp.

- Người sống ở vùng có nguy cơ mắc N.P.C cao.

- Làm nghề cao su, nhựa tổng hợp.

- Dùng nhiều các loại thực vật, tinh dầu, các cây thuốc dân tộc cỏ truyền.

- Các sản phẩm đốt cháy: khói, hơi carbon, dầu hoá, hương trầm, hương chống muỗi.

- Đặc biệt là ăn thường xuyên các thức ăn bị lên men chua, ôi, thiu. Trong đó có nhiều Nitrosamin như cá muối, thịt kho, thịt hun khói, nước mắm,...

4. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

4.1. Vị trí thường gặp N.P.C

- Thành bên, hố Rosenmuller.

- Thành trên sau (trần vòm).

4.2. Tổn thương đại thể

- Thể sùi hay gập.

- Thể thâm nhiễm: khó chẩn đoán.

- Kèm loét, hoại tử.

4.3. Tổn thương vi thể: Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) có ba nhóm:

- Ung thư biểu mô biệt hoá có cầu sừng.
- Ung thư biểu mô biệt hoá không sừng hoá.
- Ung thư biểu mô không biệt hoá (UCNT)-(type III)

Trong ung thư vòm hay gặp nhất type III chiếm hơn 90%, Loại này liên quan nhiều với E.B.V và dương tính cao với các kháng nguyên E.B.V.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Đặc điểm triệu chứng học

Có hai đặc điểm: là các triệu chứng mụn của tai, mũi, hạch cổ và thần kinh. Bệnh thể hiện thường ở một bên.

5.2. Các dấu hiệu về mũi

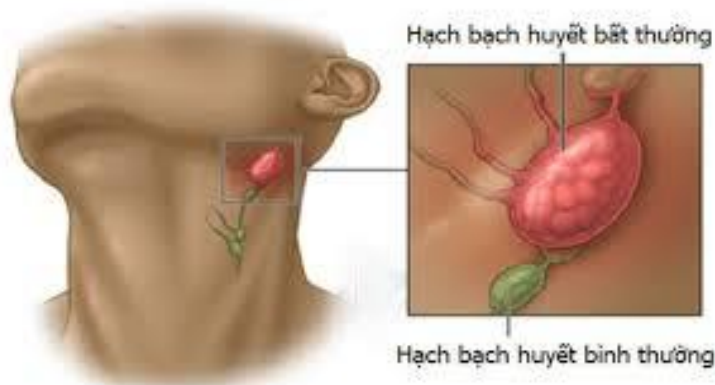
- Tắc ngạt mũi một bên tăng dần.
- Xì ra mũi nhày lẫn máu, thỉnh thoảng, kéo dài.
- Khệt, khạc ra nhày lẫn máu.

5.3. Các dấu hiệu về tai

- Ù tai tiếng trầm một bên.
- Nghe kém ở một bên.
- Viêm tai thanh dịch.
- Chảy tai nhày.

5.4. Hạch cổ to

- Thường xuất hiện cùng bên với khối u.
- Có thể xuất hiện sớm nhất trước cả các dấu hiệu về tai, mũi và khối u vòm.
- Vị trí hạch thuộc về dây cảnh trên, hạch dưới cơ nhị thân - Kutner.
- Ở giai đoạn muộn, có thể có nhiều hạch, ở cả hai bên, kích thước hạch to dần, cứng, dính, cố định.



5.5. Các dấu hiệu về thần kinh

- Đau đầu: xuất hiện sớm, ở một nửa bên cùng bên khối u, đau âm ỉ, lúc đầu còn chịu tác dụng của thuốc giảm đau. Ở giai đoạn muộn, có các cơn đau dữ dội ít chịu tác dụng của thuốc giảm đau.
- Liệt các dây thần kinh sọ não. Các dây thường bị liệt hay gặp và sớm là dây V, VI.

- Sau đó là III, IV, IX, X, XI, XII. Có thể bị liệt cả 12 dây sọ ở một bên.
- Thăm khám lâm sàng
 - + Soi gián tiếp vòm họng. Nội soi vòm họng.
 - + Phát hiện tổn thương thực thể ở vòm họng: u sùi, loét, thâm nhiễm...
 - + Khám tìm hạch cổ to.
 - + Khám tìm liệt các dây thần kinh sọ não.
 - + Thăm khám toàn thân: giai đoạn muộn có bị ảnh hưởng bởi sự nhiễm độc của K
 - + Thăm khám tìm sự lan tràn của ung thư vòm tới mũi xoang, tại họng miệng...



Hình. nội soi vòm họng

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán dương tính

6.1.1. Dựa vào lâm sàng

6.1.2. Dựa vào dịch tế học lâm sàng

Tuổi, giới, tiền sử gia đình, nghề nghiệp, địa dư...

6.1.3. Dựa vào giải phẫu bệnh lý

Mọi bệnh lý chẩn đoán lâm sàng là ung thư vòm đều phải khẳng định bởi chẩn đoán tổ chức học qua các cúp giải phẫu bệnh của khối u.

- Hạch đồ

- + Chọc hạch để chẩn đoán tế bào học có di căn của ung thư biểu mô.
- + Sinh thiết hạch cổ to (hoặc qua mô lấy hạch cổ, nạo vét hạch cổ để chẩn đoán tổ chức học: thấy di căn của ung thư biểu mô đến hạch.

- Sinh thiết khối u vòm họng

+ Để có chẩn đoán dương tính của tổ chức học sẽ cho biết ung thư biểu mô loại biệt hoá hoặc không biệt hoá...

+ Có trường hợp phải sinh thiết nhiều lần mới có chẩn đoán GP.B (+).

6.1.4. Các xét nghiệm phối hợp giúp chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng

- X quang: phát hiện tổn thương lan tràn rộng, phá huỷ xương nền sọ: film Hirtz, số nghiêng, CT scan.

- Chẩn đoán huyết thanh miễn dịch: IgA/VCA; IgA/EA; IgA/EBNA phản ứng dương tính cao gợi ý về khả năng mắc N.P.C. Nó còn giúp cho theo dõi, tiên lượng và khi cần phát hiện, điều tra một số lượng lớn cá thể ở cộng đồng. Trong quá trình điều tra về N.P.C.



Hình 29. CT lát cắt Coronal thấy u ở vòm mũi họng xâm lấn vào xoang bướm (P).

Lấy tổ chức u vòm họng tìm gan virus Epstein Barr qua phản P.C.R giúp cho chẩn đoán dương tính và chẩn đoán nguyên nhân và nghiên cứu khoa học.

6.2. Chẩn đoán giai đoạn

6.2.1. Theo phân loại quốc tế T.N.M

6.2.2. Theo giai đoạn lâm sàng

- Giai đoạn đầu: toàn thân chưa bị ảnh hưởng.
- Giai đoạn toàn phát: có nhiều nhóm triệu chứng đã xuất hiện, toàn thân đã bị ảnh hưởng, nhưng chưa có biểu hiện của nhiễm độc ung thư, chưa có di căn xa.
- Giai đoạn muộn: toàn thân đã bị nhiễm độc với ung thư, hoặc có di căn xa (phổi, gan, xương, hạch) không còn khả năng điều trị khỏi.

6.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

Dựa vào các dấu hiệu xuất hiện sớm có thể phân ra các thể sau: thể tai, thể mũi, thể hạch, thể thần kinh.

6.4. Chẩn đoán phân biệt

- Với lao hạch
 - + Với hạch cổ to xuất hiện trước, có thể nhân và điều trị như lao hạch.
 - + Cần phải có chẩn đoán tế bào, hoặc tổ chức học của hạch và phải thăm khám, theo dõi về vòm họng.
- Các bệnh lý liệt thần kinh vận nhãn ở chuyên khoa mắt: Các bệnh lý liệt thần kinh sọ não, u thân não.
- Giai đoạn sớm khi có biểu hiện ở tai dễ bị nhầm lẫn viêm tai thanh dịch mà quên đi do N.P.C.

7. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

7.1. Điều trị

7.1.1. Tia xạ: Là phương pháp điều trị chủ yếu để làm tiêu khối u và hạch cổ.

7.1.2. Hoá chất

- Được áp dụng cho các giai đoạn muộn hoặc đã có di căn xa.
- Được kết hợp với điều trị tia xạ.

7.1.3. Miễn dịch trị liệu

Nhằm nâng cao sức đề kháng chung và khả năng miễn dịch của người bệnh.

7.1.4. **Phẫu thuật:** Hiện nay chỉ áp dụng cho mô lấy hạch, hoặc nạo vét hạch cổ.

7.2. Tiên lượng

- Phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh.
- Phụ thuộc vào phương pháp điều trị đúng và triệt để.
- Tiên lượng tốt hơn từ khi có phương pháp điều trị tia xạ gia tốc, tia ba chiều và kết hợp với điều trị hoá chất.

8. TIẾN TRIỂN

8.1. Các hướng lan của ung thư vòm họng

- Ra trước: vào hốc mũi, xoang ổ mắt.
- Lên trên: vào nền sọ và nội sọ.
- Xuống dưới: thập thò ở họng miệng.
- Ra sau: vào cột sống cổ.
- Sưng hai bên: lên tai giữa, đáy sọ.

8.2. **Di căn xa:** hạch, phổi, gan, xương, sọ não.

9. PHÒNG BỆNH VÀ PHÁT HIỆN SỚM N.P.C

- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ
- Loại bỏ, điều trị tốt các nhiễm trùng mãn tính ở vùng tai mũi họng, răng miệng.
- Phát hiện sớm các bệnh ung thư vẫn là biện pháp tích cực nhất để tăng tỷ lệ sống sau điều trị.
- Thăm khám định kỳ bệnh nhân sau điều trị theo quy định chung về bệnh ung thư.

9.1. Các dấu hiệu gợi ý sớm về N.P.C

- Hạch Kutner mới xuất hiện, to dần.
- Ù tai, viêm tai thanh dịch ở một bên.
- Ngạt tắc mũi một bên kèm xì nhày lẫn máu, khịt khạc nhầy máu.
- Đau đầu âm ỉ, dai dẳng cùng bên hạch cổ to.

9.2. Chăm sóc sức khỏe ban đầu và tư vấn

- Tuyên truyền, tư vấn cho cộng đồng về phát hiện sớm ung thư. Ung thư chỉ có tiên lượng xấu khi đã muộn.
- Quan niệm không đúng về bệnh ung thư, sợ hãi khi bị ung thư cần được tuyên truyền, giải đáp đúng mức.
- Phát hiện và giúp cộng đồng loại bỏ các tập quán, thói quen ăn uống, sử dụng các sản phẩm có nguy cơ gây ung thư.

B. VIÊM VA

1. ĐẠI CƯƠNG

- VA là viết tắt của chữ “Végétations Adenoides” nằm trong vòng Waldeyer sản xuất các bạch cầu đơn nhân, một số tế bào đơn nhân chui qua lớp biểu mô và rơi vào trong các khe của VA.

- Viêm VA là nhóm bệnh đứng hàng đầu trong các bệnh tai mũi họng ở trẻ em (chiếm khoảng trên dưới 10% số trẻ dưới 10 tuổi), bản thân VA có thể bị viêm nhiễm, tái phát nhiều lần và trở thành ổ vi khuẩn rồi từ đó phát sinh ra các đợt viêm nhiễm có thể gây ra biến chứng.

- VA là tổ chức lympho. VA gồm có VA vòm hay còn gọi là (Amygdale Luschka), VA vòi hay còn gọi là (Amygdale Gerlach).

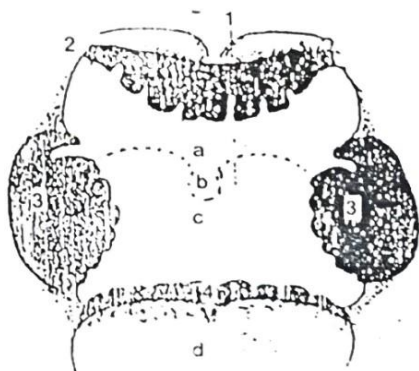
Việc chẩn đoán đã đi vào kinh điển tuy nhiên cũng còn nhiều vấn đề cần nghiên cứu.

* Giải phẫu bệnh học

- Bình thường ở nóc và thành sau vòm họng có đám mô lympho dày khoảng vài mm, có nhiều khe rãnh hướng trước sau phân thành nhiều múi giống như các mô lympho khác ở họng, nó có vai trò chức năng miễn dịch, sản xuất ra các kháng thể để bảo vệ cơ thể. Do tiếp xúc với không khí thở vào, các phân tử kháng nguyên của vi khuẩn và virus... qua biểu mô, được đưa tới các trung tâm sinh sản và ở đó sinh ra kháng thể.

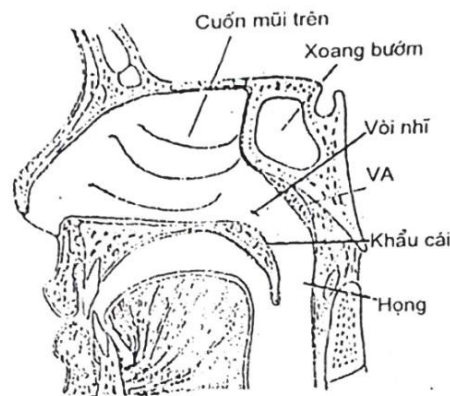
- Quá trình viêm cứ tái diễn gây ra các nang lympho tăng thêm về khối lượng và số lượng và hình thành VA.

- Bình thường VA của tất cả trẻ em đều tăng trưởng về khối lượng trong quá trình tăng trưởng về miễn dịch, thời gian từ tuổi nhỏ đến khoảng 8 - 10 tuổi, rồi giảm dần đến khoảng 15 tuổi thì thoái triển dần và đến tuổi thanh niên thì thành họng đã trơn nhẵn. Trong một số trường hợp, khối lượng VA tăng trưởng đến mức gây ra tắc nghẽn đường thở và một số biến chứng khác. Theo Luschka, khi đạt tới độ dày 5 - 7mm trở lên thì có thể gọi là VA. Các đợt thăm khám cho trẻ em ở nhiều nơi cho thấy có khoảng trên dưới 10% trẻ ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo có VA.



Hình 13. Vòng Waldeyer

Vòng Waldeyer gồm có: một VA vòm (1); hai VA vòi (2); hai amidan khẩu cái (3) và một amidan đáy lưỡi (4). a: khẩu cái mềm; b: lưỡi gà; c: thành sau họng; d: lưỡi (Nguồn BMJ)



Hình 14. Vị trí VA
Vị trí VA (Nguồn J.Bain)

2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân gây viêm VA hay gặp nhất là do virus như: *Adénovirus*, *Rhinovirus*, virus cúm, virus á cúm, virus hợp bào đường thở,....

- Loại vi trùng ít gặp hơn nhưng lại nguy hiểm: *Hemophilus Influenza*, phế cầu (*S.pneumonie*); đặc biệt nguy hiểm là liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A.

- Ngoài ra VA còn có rất nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đó là yếu tố nội tạng như cơ địa, tạng tâm và những yếu tố ngoại lại như thời tiết nóng ẩm, bụi, khói thuốc...

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Người ta chia viêm VA cấp tính và viêm VA mãn tính.

3.1. Viêm VA cấp tính

Viêm VA cấp tính là bệnh hay gặp ở trẻ 6 tháng tuổi đến 3 - 4 tuổi.

3.1.1. Triệu chứng toàn thân

- Rất rõ rệt đó là trẻ thường sốt cao 38 - 39⁰C Có khi tới 40⁰C.
- Trẻ quấy khóc bỏ bú, biếng ăn, ít khi có ỉa chảy hoặc nôn trớ.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng: rất rõ rệt là.

- Chảy mũi nhày hoặc mũi mủ chảy ra cả mũi trước và mũi sau.
- Ngạt mũi có khi ngạt một bên có khi ngạt hai bên làm cho trẻ bú khó khăn, thở khó khăn, trẻ quấy khóc vật vã phải há mồm để thở.
- Ho, có thể do mũi chảy xuống họng hoặc thanh quản.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Soi mũi trước thấy hốc mũi hai bên đầy mủ, nhày, rất khó nhìn trực tiếp được và vì hốc mũi trẻ em rất nhỏ. Khám họng thấy niêm mạc họng đỏ, có thể thấy mủ hoặc lớp dịch nhày như nước cháo chảy từ vòm họng xuống họng. Trong đợt cấp không nên sờ vòm họng. Khám tai có thể thấy màng nhĩ mất bóng sáng, hơi lõm do tắc màng nhĩ. Khám hạch góc hàm thường có hạch rãnh cảnh và sau cơ ức đòn chũm.

3.2. Viêm VA mãn

Hiện nay nhiều người quen nói trẻ có VA có nghĩa là viêm VA mãn tính.

Đó là hiện tượng viêm quá phát, xơ hoá tổ chức VA sau nhiều lần viêm cấp tính. Bình thường tổ chức lympho vòm chỉ dày khoảng vài mm. Khi bị viêm mãn tính có thể dày tới 5 - 7mm, Viêm VA mãn tính thường gặp ở trẻ từ 1 đến 6 - 7 tuổi. Trẻ em lứa tuổi vườn trẻ, mẫu giáo có khoảng 5 - 10% có VA. Do vị trí của VA nên việc thăm khám rất khó khăn, chủ yếu dựa vào các triệu chứng gián tiếp.

3.2.1. Triệu chứng toàn thân

Trẻ không có sốt, cơ thể phát triển chậm so với trẻ cùng lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, hay sốt vặt, ốm vặt. Người gầy mảnh khảnh, đêm ngủ không yên giấc, hay giật mình hoảng sợ, ngủ ngáy to, hay đái dầm, trẻ đãng trí, kém tập trung tư tưởng do nghẽn ngãng và do thiếu oxy não kéo dài.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng chính và khởi đầu là ngạt mũi, ngạt cả hai bên mũi, ngày càng tăng có khi làm cho phải há mồm để thở do tiết nhày, chảy mũi kéo dài hàng tháng (thò lò mũi xanh) gây viêm mũi, có khi viêm loét tiền đình mũi.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

- Soi mũi trước thấy hốc mũi đầy mủ nhày, niêm mạc mũi phù nề. Nếu hút hết mủ mũi, làm co niêm mạc mũi, có thể nhìn qua hốc mũi thay tổ chức VA. Khám họng có thể thấy mủ từ vòm chảy xuống thành sau họng. Soi mũi sau chỉ tiến hành được ở trẻ lớn, thấy tổ chức VA lùi sùi như quả dâu. Sờ vòm thấy vòm họng hẹp. Khám tai thấy màng nhĩ bị lõm vào hoặc có sẹo. Bộ mặt VA: trán dô, mũi tẹt, răng vẩu, môi dày, cằm lẹm, ngực lép, vẹo xương sống, chân tay khẳng khiu. Hiện nay hiếm gặp bộ mặt VA, vả lại bộ mặt VA có thể cho các nguyên nhân khác làm bí tắc hốc mũi gây nên.

- Trẻ lớn có thể nội soi để khám VA: thấy rõ tổn thương viêm thể tích khối VA che lấp cửa mũi sau và viêm mũi họng.

- Người ta có thể tìm thêm các dấu hiệu cận lâm sàng như xét nghiệm máu, tính bạch cầu trong đợt viêm cấp, làm máu lắng, hoặc dùng phương pháp nội soi để phát hiện VA quá phát.

4. CHẨN ĐOÁN

Do vị trí của VA, việc thăm khám ở trẻ em có nhiều khó khăn, soi mũi sau không rõ ràng, sờ vòm họng, mũi thì không chính xác và hơi thô bạo, khó coi. Soi mũi trước, khám họng, soi tai chỉ cho thấy các dấu hiệu gián tiếp.

- Chảy mũi hai bên kéo dài
- Thờ lờ mũi xanh
- Hay ngạt mũi, phải thở bằng mồm
- Hay bị sốt vặt và ho
- Ngủ ngáy to, hay giật mình, không yên giấc, đái dầm.
- Có thể có bộ mặt VA.
- Nếu có sốt và các triệu chứng trên rõ rệt, rầm rộ hơn thì đó là viêm VA cấp tính.
- Khám thành sau họng có mũ hoặc chất dịch nhày chảy từ vòm xuống.
- Có thể tiến hành nội soi cho chẩn đoán chắc chắn.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

VA ở trẻ em càng lớn tuổi càng teo dần đến tuổi trưởng thành gần như hết hẳn. Tuy nhiên, ở trẻ em dưới 7 tuổi khi viêm VA có thể có các biến chứng sau:

5.1. Biến chứng viêm nhiễm

- *Viêm thanh khí phế quản*: trẻ ho dai dẳng, sốt vặt, viêm tái phát nhiều lần hoặc dai dẳng. Có thể gây những đợt viêm thanh quản rít làm xuất hiện những cơn khó thở đột ngột về đêm.

- *Viêm tai giữa* cũng là biến chứng hay gặp và làm cho việc điều trị trở nên khó khăn nếu không giải quyết tốt vấn đề VA, chảy tai liên quan với các đợt viêm VA, viêm mũi.

- *Viêm mũi xoang* do mũ thường xuyên chảy vào hốc mũi.

- *Viêm đường tiêu hoá*, trẻ hay đau bụng đi ngoài.

- *Viêm hạch*, đặc biệt là viêm hạch Gillette gây abscess thành sau họng, thường thấy ở trẻ dưới 2 tuổi. Rất nguy hiểm nếu không phát hiện kịp thời và xử trí đúng đắn. Trẻ có thể chết do ngạt thở, do truy mạch hoặc ổ abscess vỡ mũ tràn vào đường thở.

- *Viêm thận*.

- *Viêm màng tiếp hợp, viêm mí mắt, ổ mắt*.

5.2. Những biến chứng về sự phát triển thể xác và tinh thần

- Trẻ phát triển về thể xác kém hơn các trẻ cùng lứa tuổi, thường gầy yếu, xanh xao, còi cọc, nếu có béo thường là béo bệu. Có thể có bộ mặt VA.

- Trẻ kém thông minh, không tập trung tư tưởng, hay buồn ngủ, học tập kém là do trẻ nghe kém, thở kém và thiếu oxy não mãn tính.

6. ĐIỀU TRỊ

Có hai phương pháp là nội khoa và ngoại khoa

6.1. Điều trị viêm VA cấp

- Như một viêm mũi cấp, phần lớn do virus nên việc sử dụng kháng sinh thường không cần thiết, trừ khi có bội nhiễm hoặc đe dọa biến chứng.

- Nhỏ mũi thuốc sát trùng nhẹ: argyrol 1%, ephedrin 1%, adrenalin 0,1%. Hạ nhiệt, an thần nếu có sốt cao.

6.2. Điều trị viêm VA mãn tính

Điều trị thuốc ít kết quả, tiên hành điều trị ngoại khoa là chính.

6.2.1. Chỉ định

- Quá phát gây cản trở đường thở (mặc dù hốc mũi không bị bít tắc); nếu trẻ lớn có thể soi mũi sau nhìn thấy được qua gương, với trẻ nhỏ có thể thấy được qua sờ vòm.

- VA hay bị viêm thể hiện: sốt, ngạt mũi, chảy mũi, ho,...

- Gây viêm kế cận như viêm mũi xoang, viêm tai giữa, đặc biệt viêm tai giữa mũ nhày (còn gọi là viêm tai giữa vôi), viêm thanh quản (chú ý thanh quản co thắt).

- Về tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nào cho trẻ trên một tuổi. Với trẻ có VA quá phát rõ có thể tiến hành nạo sớm hơn.

6.2.2. Chống chỉ định: Trừ các bệnh về máu, các chống chỉ định chỉ là tạm thời

- Các bệnh về máu, lưu ý các bệnh ưa chảy máu, khó đông máu chưa được phát hiện ở trẻ nhỏ.

- Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính.

- Khi có viêm mãn chưa ổn định, đặc biệt lưu ý lao sơ nhiễm.

- Trẻ có hở hàm ếch.

- Khi địa phương đang có dịch lây đường hô hấp.

- Trẻ đang uống hay đang tiêm phòng dịch, lưu ý với BCG trong thời gian 6 tháng.

7. PHÒNG TRÁNH

- Vệ sinh mũi họng, trong các dịch sởi, cúm có thể nhỏ mũi đồng loạt bằng nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) hoặc argyrol 1%.

- Giữ ấm cổ ngực đặc biệt khi mùa đông hoặc thời tiết thay đổi.

- Tăng cường sức đề kháng của trẻ.

- Tiêm chủng mở rộng đầy đủ.

C. VIÊM AMYGDALÉ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Amygdale

- Hay đúng hơn phải gọi là Amygdale khẩu cái nằm ở họng miệng thuộc hệ thống vòng Waldayer, nó là tổ chức tận lớn nhất ở họng, nằm giữa trụ trước (cơ màn hầu lưỡi) và trụ sau (cơ màn hầu họng).

- Mô học của Amygdale: giống như cấu trúc của hạch bạch huyết nghĩa là gồm nhiều múi, chia ngăn, bởi tổ chức liên kết lưới - nội mô, chứa đựng nhiều nang lympho, gồm những tập hợp tế bào lympho, mỗi nang có một trung tâm sinh sản (để phản ứng với kháng nguyên, nang để sản sinh ra lympho bào), khác với hạch bạch huyết.

- Ở nông, ngay dưới niêm mạc.

- Có nhiều khe, hốc, niêm mạc luồn sâu vào trong Amygdale.

- Không có bạch mạch vào - không có xoang bạch mạch trong lòng Amygdale. Bạch mạch ra của Amygdale khẩu cái đổ vào hạch cảnh nhị thân ở dưới góc hàm.
- Các bạch mạch khác đổ vào chuỗi hạch cổ trên.
- Amygdale có chức năng sau:
 - + Miễn dịch
 - + Tạo ra lympho bào
 - + “Lọc”: hàng rào bảo vệ, loại trừ độc tố.
 - + Tổng hợp kháng thể
 - + Thực bào vì mô lympho có chứa đựng tế bào lưới của hệ lưới nội mô.

1.2. Viêm Amygdale

Là nhóm bệnh rất hay gặp đứng hàng đầu trong các bệnh lý của họng. Bệnh có thể tiến triển cấp, có thể mãn tính. Tuy nhiên hay bị tái phát và trong những đợt tái phát thường hay gây những biến chứng nguy hiểm. Tỷ lệ viêm Amygdale trung bình khoảng 10% dân số.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do virus: Adenovirus, Rhinovirus, virus cúm, virus á cúm, virus hợp bào đường thở. Các loại vi khuẩn thường gặp là liên cầu, Hemophilus Influenzae, phế cầu. Đặc biệt đáng lưu ý là liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm A, vì loại này thường gây biến chứng thấp khớp, thấp tim.



Hình. Amygdale

Một tác nhân gây bệnh có thể gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng, lại có thể do nhiều tác nhân gây ra. Bệnh thường bắt đầu bằng nhiễm virus rồi sau đó lại bội nhiễm vi khuẩn. Do vậy để có phương hướng điều trị đúng đắn, phù hợp ở từng vùng, từng thời gian cần làm xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Ngoài ra viêm Amygdale có rất nhiều các yếu tố nguy cơ như cơ địa, đặc biệt cơ địa tạng tâm, các yếu tố thời tiết nóng ẩm, bụi, khói thuốc, sức đề kháng của cơ thể bị giảm sút, kém dinh dưỡng,....

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Viêm Amygdale gồm hai thể

3.1. Viêm Amygdale cấp tính

Thực chất đây là một viêm họng khu trú thường gặp ở trẻ em.

3.1.1. Triệu chứng toàn thân

Bệnh bắt đầu đột ngột với cảm giác gai rét rồi sốt nóng 39⁰C có khi 40⁰C, đau họng, khó nuốt, người mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Nóng rát trong họng ở vị trí Amygdale sau đó trở thành đau rõ rệt, nuốt đau nhói lên tai, đau tăng lên nhiều khi nuốt, thở hơi khô khè, đàm dãi tiết nhiều, viêm nhiễm có thể lan xuống dưới hạ họng, thanh khí quản gây ho từng cơn kèm khàn tiếng.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

- Dùng đèn lưỡi ấn lưỡi ta thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ rực, Amygdale sưng to và đỏ. Phần lớn thể này do virus, nếu có kèm theo đau mắt đỏ càng nghĩ đến virus. Nếu do nhiễm khuẩn ta thấy trên bề mặt Amygdale có nhiều chấm mủ hoặc màng mủ như váng cháo.

- Hạch góc hàm sưng to và đau. Thường thể này do vi khuẩn cần phân biệt với bạch hầu nên nhất thiết phải lấy giả mạc thử vi khuẩn (soi tươi hoặc nuôi cấy).

- Đặc biệt cần lưu ý Amygdale do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm A vì thể bệnh này không có biểu hiện gì đặc biệt, có rất nhiều kiểu thể hiện có thể từ nhẹ đến nặng nhưng có thể gây biến chứng thấp khớp, thấp tim.

3.2. Viêm Amygdale mãn tính

Khi bị viêm Amygdale cấp điều trị không đúng cách, kháng sinh không đủ liều, không đúng cách, một số vi khuẩn còn tồn tại phần lớn đã kháng thuốc đến một thời gian nào đó bệnh trong tình trạng nhẹ thỉnh thoảng lên cơn bộc phát đó là viêm Amygdale mãn tính.

3.2.1. Những triệu chứng toàn thân

Không có gì đặc biệt, chỉ có biểu hiện hay ốm vặt, ho vặt, chậm phát triển, hay đau rát họng,....

3.2.2. Triệu chứng cơ năng

- Rất thay đổi tùy thuộc rất nhiều vào từng người bệnh, nói cho chính xác thì không có biểu hiện cụ thể nào làm chuẩn.

- Thường thì bệnh nhân phàn nàn là đau rát họng, nuốt vướng, đau lên tai, hơi thở hôi, có khi giọng bị khàn,....

3.2.3. Triệu chứng thực thể

- Khám họng là việc làm cực kỳ quan trọng có thể.

- Hình khối có các dạng quá phát nghĩa là Amygdale to vượt khỏi các trụ của nó, có loại chìm, xơ, teo. Hình khối không nói được mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Hình thái: có hốc, xơ, teo.

- Hình ảnh có thể pha trộn trong cùng một trường hợp, triệu chứng không tương ứng với thực tế khi thăm khám.

- Nói cho thật chính xác thì không có biểu hiện cụ thể nào thật chuẩn làm cơ sở cho việc chẩn đoán viêm Amygdale mãn tính, vì vậy việc chẩn đoán chủ dựa yếu vào lịch sử của nhiều đợt viêm Amygdale cấp tái phát. Nếu có kèm thêm hạch góc hàm sưng to, Amygdale và trụ

trước xung huyết mà không do một bệnh nào khác của đường hô hấp trên gây ra thì đó là cơ sở để chẩn đoán viêm Amygdale mãn tính.

4. CHẨN ĐOÁN: Để giúp cho chẩn đoán chắc chắn người ta dựa vào

4.1. Viêm Amygdale cấp

4.1.1. Lâm sàng

- Sốt nhẹ (do virus). Sốt vừa hoặc cao (khả năng do vi khuẩn)
- Mệt mỏi
- Rát họng, đau họng, nuốt đau, khó nuốt.
- Hạch góc hàm to và đau.
- Khám họng thấy Amygdale đỏ, trên mặt Amygdale có nhiều chấm mũ hoặc nang mũ.

4.1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu bạch cầu tăng nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, tốc độ máu lắng có thể tăng. Có thể quệt mũ trên mặt Amygdale tìm vi khuẩn.

4.2. Viêm Amygdale mãn tính

Khám lâm sàng:

- Bệnh sử có nhiều đợt viêm cấp, tái phát.
- Hay đau rát họng, nuốt vướng như có dị vật, hơi thở hôi.
- Khám có thể thấy Amygdale to, vừa hoặc nhỏ, trên mặt Amygdale có chấm mũ như bã đậu.
- Hạch góc hàm to, cứng có khi đau, thở hôi.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- *Bạch hầu họng* thường gặp ở thanh thiếu niên: trên bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc. Khám họng thấy một bên Amygdale đầy giả mạc (màng giả), màng giả này dai, dính, khó bóc thường chảy máu và cho vào nước không tan. Cần lấy giả mạc xét nghiệm, soi tươi và nuôi cấy vi trùng.

- Viêm họng Vincent: là bệnh do xoắn trùng vincent hay gặp ở người có tuổi, có sâu răng. Bệnh nhân có đau họng, khám họng có giả mạc nông, dễ bóc, không chảy máu.

5. BIẾN CHỨNG

Viêm Amygdale cấp hoặc mãn tính có thể gây ra các biến chứng tại chỗ, biến chứng gần hoặc biến chứng xa.

5.1. Viêm cấp

Viêm tấy abces quanh Amygdale, thường gặp là viêm tấy abces Amygdale thể trước; thể sau hiếm gặp hơn.

5.2. Biến chứng gần

Viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm hạch, viêm thanh khí phế quản.

5.3. Biến chứng xa

Viêm nội tâm mạc, viêm khớp, viêm thận. Chủ yếu do viêm họng, viêm Amygdale nhiễm khuẩn liên cầu beta tan huyết nhóm A. Tuổi thường xảy ra thấp tim là tuổi học sinh (5 - 6 tuổi). Biến chứng thường xảy ra sau đợt viêm Amygdale, viêm họng cấp tính khoảng 10 - 30 ngày.

* Chẩn đoán căn cứ vào tiêu chuẩn Jones

- **Có năm tiêu chuẩn chính**

- + Viêm tim.
- + Viêm khớp.
- + Múa vờn.
- + Nốt cục dưới da (Meynét).
- + Ban đỏ vòng.

- **Có sáu triệu chứng phụ**

- + Đau khớp
- + Sốt
- + Điện tâm đồ: PQ kéo dài.
- + Tốc độ lắng máu cao (trên 60mm).
- + Tiền sử gia đình.
- + Vừa mới bị nhiễm khuẩn liên cầu

- **Chẩn đoán chắc chắn khi có:**

- + Hai tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính với 2 tiêu chuẩn phụ
- + Chẩn đoán nghi ngờ khi có 2 - 3 tiêu chuẩn phụ.

6. ĐIỀU TRỊ

Người ta áp dụng hai phương pháp điều trị

6.1. Viêm Amygdale cấp tính

- Nghỉ ngơi, ăn nhẹ, giảm đau, an thần, hạ nhiệt.

- Dùng kháng sinh trong các trường hợp nghi ngờ do vi khuẩn đặc biệt là liên cầu khuẩn như dùng Penicillin, Rovamicin... Có thể uống hoặc tiêm. Nhất thiết dùng đủ liều và đủ thời gian để phòng biến chứng.

- Xúc họng bằng dung dịch kiềm nhẹ

6.2. Viêm Amygdale mãn tính

6.2.1. Chỉ định

Điều trị kháng sinh kết quả người ta có thể tiến hành cắt Amygdale trong các trường hợp sau:

- Có nhiều đợt viêm Amygdale cấp: 3 - 5 đợt trong năm, trong 2 năm liên tiếp.
- Viêm Amygdale mãn tính, lưu ý hơi thở hôi thường do có vi khuẩn yếu khí Weillon.
- Có biến chứng tại chỗ: absces, viêm tấy mũ lan toả quanh Amygdale
- Gây biến chứng kế cận: viêm họng, thanh quản, mũi, xoang, tai giữa...
- Gây biến chứng xa: viêm cầu thận, viêm khớp, viêm cơ, màng tim...
- Amygdale quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, nói....

6.2.2. Chống chỉ định

* **Chống chỉ định tạm thời**

- Đang viêm cấp, có biến chứng tại chỗ của Amygdale.
- Đang có nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.

- Có bệnh mãn tính chưa ổn định
- Đang trong vụ dịch (nhiễm khuẩn đường hô hấp) ở địa phương (cúm, sởi, viêm não...).
- Phụ nữ đang trong thời gian có thai, kinh nguyệt.
- Những người nhiều tuổi hoặc quá nhỏ (tùy theo trình độ phẫu thuật viên).

*** Chống chỉ định tuyệt đối**

- Các bệnh về máu.
- Các bệnh suy tim, tâm phế mãn.
- Các bệnh thận gây suy thận mãn tính.
- Các bệnh cao huyết áp.
- Chú ý với các bệnh dị ứng.

7. PHÒNG BỆNH

- Chú ý vệ sinh răng, miệng, họng bằng cách súc họng đối với trẻ lớn, sát trùng mũi họng đối với trẻ nhỏ trong các vụ dịch.
- Chú ý giữ ấm vùng cổ ngực trong mùa lạnh đặc biệt khi thời tiết thay đổi.
- Nâng cao sức đề kháng của cơ thể bằng chế độ ăn uống, nghỉ ngơi. Với trẻ, chú ý tiêm chủng mở rộng đầy đủ.
- Người lớn tránh bụi, ô nhiễm môi trường đặc biệt ở người lớn hạn chế thuốc lá, rượu, bia.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Một cháu bé bị chàm cửa mũi do viêm VA mãn tính. Cách điều trị nào sau đây là phù hợp nhất?

- A. Nhỏ mũi Argylol sẵn niêm mạc mũi và sát khuẩn vòm mũi họng
- B. Nạo VA
- C. Kháng sinh bôi kết hợp điều trị
- D. Thay đổi cơ địa, nâng cao thể trạng

Câu 2. Sự sưng mủ ngay trong tổ chức Amygdale thường gặp một bên. Bệnh gặp ngay cả trẻ em và người lớn đó là:

- A. Abces sau thành họng
- B. Abces Amygdale
- C. Abces quanh thực quản
- D. Abces bên thành họng

Câu 3. Trong các thể abces quanh Amygdale hay gặp nhất là:

- A. Thể dưới trước
- B. Thể sau dưới
- C. Thể trước trên
- D. Thể sau trên

Câu 4. Chảy máu mũi do ung thu vòm mũi họng, có đặc điểm nào sau đây?

- A. Chảy nhiều từng đợt, phụ thuộc vào các đợt cấp của viêm mũi xoang
- B. Chủ yếu là chảy ra mũi trước khi khịt mũi mạnh
- C. Rất dễ chảy khi ngoáy tay vào tiền đình mũi
- D. Thường chảy máu vào ban đêm, lúc gần sáng

Câu 5. Nghẹt mũi một bên ở người lớn có thể gặp thường do nguyên nhân nào sau đây?

- A. Viêm mũi do dùng thuốc nhỏ mũi
- B. Vẹo vách ngăn
- C. Dị vật mũi
- D. Viêm mũi vụn mạch

BÀI 13: VIÊM TAI GIỮA, VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Nêu được nguyên nhân và các phòng bệnh viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.

1.2. Trình bày được triệu chứng, biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tai giữa cấp tính mũ là tình trạng mưng mủ trong hòm nhĩ
- Bệnh thường gặp ở trẻ em 1 - 2 tuổi
- Đường xâm nhập vào hòm nhĩ thông qua con đường loa vòi nhĩ.

2. ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG

- Bệnh tích chính là viêm niêm mạc hòm nhĩ: niêm mạc trở nên dày đỏ, chứa nhiều bạch cầu và tiết ra dịch rỉ viêm. Đồng thời niêm mạc của vòi Eustache cũng bị viêm và sưng nề làm cho sự thông thương của loa vòi bị hạn chế. Niêm mạc của sào bào và các tế bào chũm cũng tham gia vào quá trình viêm. Trong sào bào cũng có thể có mủ nhưng tổn thương chỉ ở niêm mạc.

- Tính chất mủ cũng thay đổi theo giai đoạn của bệnh. Lúc đầu lỏng như thanh dịch, đôi khi có lẫn máu, sau biến thành màu vàng loãng, rồi đặc trong thời kỳ toàn phát và cuối cùng trở nên trong sánh và keo thành sợi như tiết nhày khi viêm sắp hết.

3. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân của viêm tai giữa cấp là do viêm mũi họng.
- VA là nguyên nhân quan trọng nhất ở trẻ em.
- Các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi,...
- Các bệnh lý kế cận như viêm xoang, u vòm mũi họng.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. *Triệu chứng lâm sàng:* chia làm 3 giai đoạn

4.1.1. *Giai đoạn xung huyết*

- Toàn thân
 - + Hội chứng nhiễm trùng.
 - + Hội chứng của viêm nhiễm đường hô hấp trên cấp.
- Cơ năng
 - + Đau tai mức độ vừa.
 - + Có thể kèm theo ù tai và nghe kém.

- Thực thể: khám màng nhĩ thấy xung huyết đỏ vùng rìa, có mạch máu chạy dọc theo cán búa và màng tròng.

4.1.2. Giai đoạn ứ mủ

- Toàn thân

- + Hội chứng nhiễm trùng biểu hiện rõ rệt hơn với sốt cao, co giật.
- + Viêm mũi họng.
- + Rối loạn tiêu hoá, ỉa chảy.

- Cơ năng

- + Đau tai càng ngày càng tăng, đau nhiều, đau sâu trong tai. Lan ra sau hoặc lên thái dương.
- + Nghe kém là triệu chứng quan trọng và thường xuyên xuất hiện, kiểu dẫn truyền.
- + Ù tai, chóng mặt có thể xuất hiện.

- Thực thể

- + Khám màng nhĩ thấy toàn bộ màng nhĩ sưng nề và đỏ, mất nón sáng. Màng nhĩ phồng lên hình mặt kính đồng hồ. Màng nhĩ màu vàng nhạt, hoặc trắng bệch.
- + Điểm đau sào bào (+)

4.1.3. Giai đoạn vỡ mủ

- Các triệu chứng toàn thân và cơ năng giảm hẳn khi mủ được tháo ra ngoài.
- Thực thể: ống tai ngoài có mủ chảy ra màu vàng nhạt, màng nhĩ có lỗ thủng

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào triệu chứng cơ năng, thực thể và soi tai

- *Giai đoạn xung huyết*: màng nhĩ hồng, xung huyết, có mạch máu chạy dọc theo cán búa và màng tròng.

- *Giai đoạn ứ mủ*: toàn bộ màng nhĩ nề, mất nón sáng, màng nhĩ phồng lên hình mặt kính đồng hồ màu vàng nhạt hoặc trắng bệch.

- *Giai đoạn vỡ mủ, màng nhĩ có lỗ thủng*, ống tai ngoài có mủ chảy ra màu vàng nhạt.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Giai đoạn vỡ mủ với nhọt ống tai: thấy ống tai chít hẹp, hút sạch mủ thấy màng nhĩ vẫn còn nguyên vẹn.

5.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Soi mũi họng tìm nguyên nhân.
- Chủ yếu là do viêm VA, viêm mũi họng.

6. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ: phụ thuộc vào giai đoạn

- *Giai đoạn xung huyết*: điều trị viêm nhiễm ở vùng mũi họng (VA).
- *Giai đoạn ứ mủ*: chích rạch màng nhĩ dẫn lưu mủ ở vị trí góc trước dưới.
- *Giai đoạn vỡ mủ*
 - + Làm thuốc tai
 - Dẫn lưu mủ.
 - Làm sạch mủ.
- Nạo VA sau khi tai khô được hai tuần

7. PHÒNG BỆNH

- Không xì mũi bằng cách bịt mũi hai lỗ mũi

- Điều trị triệt để viêm mũi họng, viêm xoang, VA
- Khám màng nhĩ bắt buộc khi có viêm mũi họng, VA
- Vệ sinh mũi họng: nhỏ thuốc mũi, xúc họng,....

B. VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: viêm xương chũm cấp tính là viêm tổ chức xương quanh sào bào có kèm theo những triệu chứng viêm rõ rệt. Quá trình viêm xương không quá ba tháng.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của viêm tai xương chũm cấp tính là viêm tai giữa. Viêm tai giữa có thể tiềm tàng hoặc biểu hiện rõ rệt, và có thể gây viêm xương chũm cấp do những yếu tố thuận lợi sau.

2.1. Sai lầm về điều trị

- Không chích rạch màng nhĩ kịp thời.
- Lỗ thủng không dẫn lưu được mủ.
- Khi rửa tai bơm nước quá mạnh.

2.2. Bệnh nhiễm trùng nặng làm mất sức đề kháng như: sởi, cúm,....

2.3. Trúng độc tính cao

2.4. Cấu tạo xương chũm: xương chũm nhiều thông bào dễ bị viêm cấp hơn.

2.5. Thể địa suy yếu: trẻ em ốm yếu suy dinh dưỡng.

3. ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG

- Bệnh tích thương lan rộng khắp tế bào chũm, trước tiên là các tế bào xung quanh sào bào, rồi đến nhóm tế bào nằm giữa dây VII và xoang tĩnh mạch, nhóm tế bào mòm chũm, nhóm tế bào trên xoang tĩnh mạch, nhóm tế bào sau xoang tĩnh mạch, nhóm tế bào giữa cơ nhị thân và tĩnh mạch cảnh trong, nhóm tế bào mòm tiếp.

- Niêm mạc tế bào chũm gồm có lớp biểu mô mỏng cấu tạo bởi tế bào dẹt và lớp đệm trong đó không có tổ chức lympho, không có tổ chức tuyến. Khi bị viêm thì niêm mạc rỉ mủ, còn lớp dưới niêm mạc sinh nụ hạt.

- Bệnh tích xương chủ yếu là viêm loãng xương và viêm tắc mạch máu xương. Các vách ngăn bị phá vỡ dần, các ổ mủ tập trung lại thành túi mủ. Đôi khi xương chết từng khối tạo thành khối xương mục. Lớp vỏ ngoài của xương cũng bị thủng và mủ xuất ngoại dưới cốt mạc hoặc dưới da. Mủ cũng có thể ăn mòn lớp vỏ trong của xương chũm và đổ vào nội sọ, ít thấy hiện tượng phản ứng xương hình thành một lớp dày đặc bao quanh ổ mủ.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Giai đoạn đầu

Trên nền viêm tai giữa cấp tính đang giảm dần thấy xuất hiện những triệu chứng sau:

- *Cơ năng:* đau tai theo nhịp đập, đau xương chũm lan xuống cổ, lan ra nửa bên đầu.
- *Toàn thân:* nhiệt độ tăng lên trở lại nhất là về chiều, ở trẻ em thường có triệu chứng màng não như nôn, co giật, cứng gáy,....
- *Thực thể:*
 - + Mủ đặc trở lại, ngày càng nhiều thêm.
 - + Đau khi ấn vào xương chũm.

+ Khám màng nhĩ: trên nền màng nhĩ bị viêm tai giữa thấy màng nhĩ xung huyết trở lại.

4.2. Giai đoạn toàn phát: viêm nội bộ xương chũm

4.2.1. Cơ năng

Đau là triệu chứng chính, đau ngày càng tăng. Đau sâu trong ống tai hoặc sau tai, lan ra vùng thái dương đỉnh. Nghe kém theo kiểu dẫn truyền.

4.2.2. Thực thể

- Mủ đặc nhiều, màu vàng kem, không thối khi chưa có bội nhiễm
- Màng nhĩ phù nề, đỏ và dày. Lỗ thủng nhỏ, vị trí cao hoặc màng trùng không dẫn lưu được mủ. Hoặc có túi co kéo trên màng nhĩ.
- Thành sau trên ống tai bị sụp làm cho góc sau màng nhĩ bị xoá mờ. Điểm đau sào bào (+). Da vùng xương chũm sưng nề, hơi nóng, ấn vào bờ sau và mỏm chũm thấy đau.

4.3. Giai đoạn xuất ngoại

Do quá trình viêm lan dần từ sào bào ra lớp vỏ xương chũm và ăn thủng lớp vỏ này.

4.3.1. Triệu chứng cơ năng: vẫn như trước hoặc có giảm chút ít.

4.3.2. Triệu chứng thực thể

- Xuất ngoại ở sau tai: góc sau tai bị dày, góc nhị diện giữa vành tai và xương chũm bị mờ hoặc mất hẳn.
- Da xương chũm sưng nề đỏ và đau. Khối sưng sau tai lớn dần, đẩy dòn vành tai về phía trước, ổ viêm biến thành abscess dưới da và cuối cùng vỡ mủ.
- Khám tai thấy sụp thành sau trên ống ngoài.
- Xuất ngoại ở thái dương - mỏm tiếp. Bệnh nhân bị sưng vùng thái dương, vùng trán, có kèm theo phù nề mi mắt.
- Xuất ngoại ở cổ: phần trên của cơ ức đòn chũm sưng phồng.
- Xuất ngoại vùng cạnh - nhị thân: Gây abscess cạnh họng. Mủ có thể lan tràn vào lỗ rách sau, gây liệt các dây thần kinh sọ não số IX, X, XI.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp X quang xương chũm

Phim Schüller, xem phim thấy toàn bộ xương chũm mờ đều, vách ngăn của các tế bào bị mòn, một số tế bào nhỏ ăn thông với nhau hoặc biến thành những đám mờ.

5.2. Chẩn đoán phân loại

- Viêm tai giữa cấp tính mủ.
- Viêm tai xương chũm mãn tính hồi viêm.
- Viêm hạch sau tai.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nội khoa

- Kháng sinh
- Chống viêm steroid, non steroid.
- Hạ sốt giảm đau.

6.2. Ngoại khoa

- Khoét chùm tiết căn.
- Phẫu thuật mở sào bào thượng nhĩ.

7. PHÒNG BỆNH

Tránh bị viêm tai, nếu viêm thì phải điều trị triệt để, đúng quy trình.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân hàng đầu của viêm tai giữa cấp là:

- A. Do mất thăng bằng áp lực không khí giữa tai ngoài và tai giữa
- B. Do viêm nhiễm mũi họng, viêm VA
- C. Do ngoáy tai bị xây xước
- D. Do không làm vệ sinh thường xuyên ở ống tai ngoài

Câu 2. Dấu hiệu xoá góc sau trên ống tai ngoài, có thể gặp trong bệnh

- A. Viêm tai giữa cấp
- B. Viêm tai giữa mãn
- C. Viêm tai xương chũm cấp
- D. Viêm tai giữa cấp xuất tiết dịch cấp

Câu 3. Hình ảnh vú bò của màng nhĩ có thể gặp trong:

- A. Viêm tai giữa cấp xuất tiết
- B. Viêm tai giữa mãn
- C. Viêm tai giữa do thay đổi áp lực
- D. Viêm tai giữa cấp ứ mủ

Câu 4. Nguyên nhân của viêm tai xương chũm cấp:

- A. Viêm tai giữa do ngoáy tai
- B. Viêm tai giữa sau nấm
- C. Viêm tai giữa do tắm nước vào tai
- D. Viêm tai giữa không được điều trị tốt

Câu 5. Kháng sinh nào không dùng trong viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ em?

- A. Obenazine
- B. Augmentine
- C. Amoxycillin
- D. Roxythromycine

Chương 3: RĂNG HÀM MẶT

BÀI 14: GIẢI PHẪU SINH LÝ RĂNG MIỆNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được số lượng, tên của răng sữa và răng vĩnh viễn.
- 1.2. Mô tả hình thể giải phẫu, cấu tạo của răng và vùng quanh răng.
- 1.3. Trình bày được sự khác nhau giữa răng sữa và răng vĩnh viễn.
- 1.4. Trình bày được sinh lý răng.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. SỐ LƯỢNG RĂNG

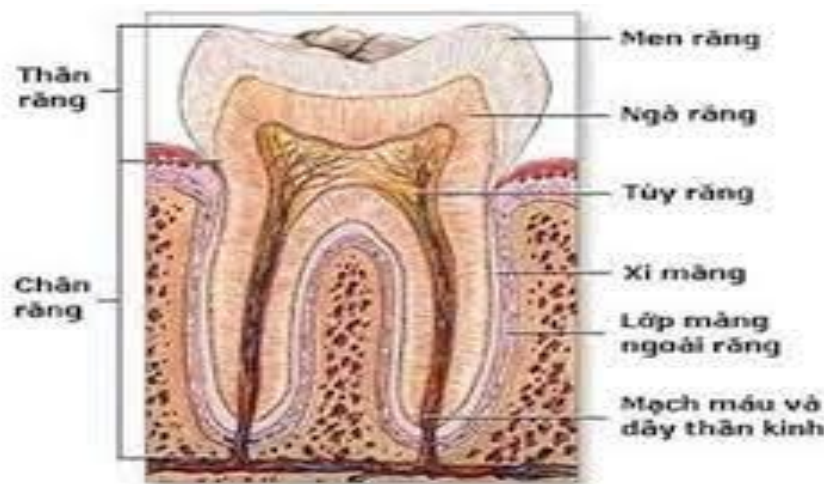
- Răng sữa: Có 20 chiếc răng sữa gồm: 4 răng cửa giữa, 4 răng cửa bên, 4 răng nanh, 4 răng hàm nhỏ thứ nhất, 4 răng hàm nhỏ thứ hai.

- Răng vĩnh viễn: Có 32 chiếc răng vĩnh viễn gồm: 4 răng cửa giữa, 4 răng cửa bên, 4 răng nanh, 4 răng hàm nhỏ thứ nhất, 4 răng hàm nhỏ thứ hai, 4 răng hàm lớn thứ nhất, 4 răng hàm lớn thứ hai, 4 răng khôn.

2. HÌNH THỂ GIẢI PHẪU RĂNG

- Thân răng: là phần nhìn thấy trên cung hàm
- Cổ răng: nằm giữa thân và chân răng, có lợi ôm khít vào.
- Chân răng: nằm trong xương hàm.

3. CẤU TẠO TỔ CHỨC CỦA RĂNG



* Ngà răng

- Nằm trong lớp men, vàng nhạt, không trong và bóng như men răng.
- Có ở thân, cổ và chân răng, bao bọc quanh buồng tủy.
- Thành phần của ngà răng bao gồm 70% là chất vô cơ, 30% là chất hữu cơ và nước.

* Tuỷ răng

- Nằm trong hốc nằm ở giữa răng, gồm các mạch máu, thần kinh có nhiệm vụ nuôi dưỡng và tạo cảm giác cho răng.

- Tuỷ răng có hình thể tương ứng với hình thể ngoài của răng gồm: buồng tuỷ ở thân răng, tuỷ ống ở chân răng.

4. CẤU TẠO VÙNG QUANH RĂNG

- Lợi: gồm có lợi tự do ôm khít lấy cổ răng và lợi cố định dính chặt vào xương hàm.

- Dây chằng: là phương tiện để giữ răng với huyết ổ răng. Gồm có dây chằng ổ ngang, chéo và nan hoa.

- Xương răng: là một dạng đặc biệt của xương, được hình thành trong quá trình hình thành chân răng.

- Xương hàm: chứa huyết ổ răng. Phần cuối cùng của chân răng là cuống răng, ở đây có lỗ Apex là nơi mạch máu và thần kinh đi vào trong buồng tuỷ nuôi dưỡng và cảm giác cho răng.

5. CÁCH GỌI TÊN RĂNG

5.1. Cách gọi tên cung hàm:

Chia 2 hàm bằng 2 đường thẳng vuông góc với nhau được 4 cung được qui ước như sau:

- Nếu là răng vĩnh viễn thì: cung hàm trên bên phải là cung 1; cung hàm trên bên trái là cung 2; cung hàm dưới bên trái là cung 3; cung hàm dưới bên phải là cung 4.

- Nếu là răng sữa: cung hàm trên bên phải là cung 5; cung hàm trên bên trái là cung 6; cung hàm dưới bên trái là cung 7; cung hàm dưới bên phải là cung 8.

5.2. Cách gọi tên răng

Cách gọi tên răng được qui ước như sau: răng cửa giữa là răng số 1; răng cửa bên là răng số 2; răng nanh là răng số 3; răng hàm nhỏ thứ nhất là răng số 4; răng hàm nhỏ thứ hai là răng số 5; răng hàm lớn thứ nhất là răng số 6; răng hàm lớn thứ hai là răng số 7; răng khôn là răng số 8.

(Cung 1)	(Cung 2)
8 7 6 5 4 3 2	1 2 3 4 5 6 7 8
1	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
(Cung 4)	(Cung 3)

5.3. Cách gọi tên răng trên cung hàm

Theo qui ước thì gọi tên thứ tự cung hàm trước, thứ tự răng sau

Ví dụ: Răng hàm lớn thứ nhất hàm trên bên phải được gọi là răng 16

6. TUỔI MỌC RĂNG VÀ THAY RĂNG

* Tuổi mọc răng sữa

Tên răng mọc	Tháng mọc
2 răng cửa dưới hàm dưới	Tháng thứ 4 - 6
2 răng cửa giữa hàm trên	Tháng thứ 6 - 8
2 răng cửa bên hàm dưới	Tháng thứ 8 - 10

2 răng cửa bên hàm trên	Tháng thứ 10 - 12
2 răng hàm nhỏ thứ nhất	Tháng thứ 14 - 18
4 răng nanh	Tháng thứ 18 - 22
4 răng hàm nhỏ thứ 2	Tháng thứ 22 - 26

*** Thời gian mọc răng sữa và mọc răng vĩnh viễn**

Tên răng thay và mọc	Tuổi mọc
2 răng cửa giữa hàm dưới thay	6 tuổi
4 răng hàm lớn thứ nhất mọc	6 tuổi
2 răng cửa giữa hàm trên thay	7 tuổi
4 răng cửa bên thay	8 tuổi
4 răng hàm nhỏ thứ nhất thay	9 tuổi
4 răng nanh thay	10 tuổi
4 răng hàm nhỏ thứ hai thay	11 tuổi
4 răng hàm lớn thứ 2 mọc	12 tuổi
4 răng không mọc	18 - 25 tuổi

Thời gian thay răng sữa và mọc răng vĩnh viễn có thể sai số: $n \dots 1$ (n: số năm)

Các yếu tố ảnh hưởng tới sự mọc răng vĩnh viễn

- Di truyền
- Bệnh lý: còi xương, suy dinh dưỡng, bệnh nội tiết.
- Nhỏ răng sữa sớm.
- Điều kiện kinh tế xã hội

7. GIẢI PHẪU SINH LÝ HỌC MIỆNG

7.1. Giải phẫu sinh lý nướu

Nướu là tổ chức bao phủ mặt ngoài của xương hàm, nướu lành mạnh màu hồng nhạt, phía trên ôm khít lấy cổ răng mà tạo với cổ răng một khe hẹp gây ứ đọng thức ăn

7.2. Giải phẫu sinh lý lưỡi

Lưỡi là một tổ chức cơ vân bám vào xương móng và một khung sụn.

- Lưỡi có 2 mặt, mặt trên có các gai thần kinh có chức năng vị giác, xúc giác; mặt dưới được bao phủ bởi một lớp niêm mạc mỏng, nhẵn và trong suốt
- Lưỡi có 3 chức năng: + Nói + Xúc giác, vị giác, cảm giác + Nhai và nuốt

7.3. Niêm mạc miệng

Niêm mạc miệng là lớp niêm mạc mỏng bao bọc toàn bộ hốc miệng gồm có: Niêm mạc mạc môi, niêm mạc lưỡi, niêm mạc má, niêm mạc vòm miệng và nướu. Niêm mạc miệng có màu hồng nhạt được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu phong phú

7.4. Các tuyến nước bọt: Có 3 đôi tuyến nước bọt chính và rất nhiều tuyến nước bọt phụ:

- Đôi tuyến nước bọt mang tai là đôi tuyến nước bọt lớn nhất, lỗ đổ ở niêm mạc má ngang mức với mặt ngoài răng số 6,7 hàm trên

- Đôi tuyến nước bọt dưới hàm: có lỗ đổ nước bọt ở hai bên của phan lưỡi
- Đôi tuyến nước bọt dưới lưỡi là đôi tuyến nước bọt nhỏ nhất, lỗ đổ ở ngang mức mặt trong của các răng cửa giữa hàm dưới
- Các tuyến nước bọt phụ nằm rải rác ở xung quanh niêm mạc miệng

7.5. Môi

Môi là tổ chức da cơ mạc, bao gồm: cơ vòng môi, da môi, làn môi đỏ, niêm mạc môi. Làn môi đỏ là tổ chức biệt hóa của da và nước. /.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Thành phần của răng vĩnh viễn

- A. 8 cửa, 4 nanh, 8, cối nhỏ, 12 cối lớn
- B. 8 cửa, 4 nanh, 12, cối nhỏ, 8 cối lớn
- C. 8 cửa, 4 nanh, 8 cối nhỏ, 4 cối lớn I, 8 cối lớn II
- D. 8 cửa, 4 nanh, 4, 12 cối nhỏ, 4 cối lớn, 4 răng khôn

Câu 2. ở tuổi 12, trẻ có bao nhiêu răng vĩnh viễn?

- A. 20
- B. 24
- C. 16
- D. 28

Câu 3. Thành phần cấu tạo của men răng:

- A. vô cơ 70%, hữu cơ và nước 30%
- B. vô cơ 70%, hữu cơ và nước 30%
- C. vô cơ 4%, hữu cơ và nước 96%
- D. vô cơ 96%, hữu cơ và nước 4%

Câu 4. Men răng có tính chất:

- A. Phủ thân răng
- B. Phủ chân răng
- C. Phủ thân và chân răng
- D. Có độ dày đồng đều

Câu 5. Các thành phần từ ngoài vào trong của thân răng:

- A. Ngà, men, buồng tủy
- B. Men, ngà, ống tủy
- C. Men, xi măng, buồng tủy
- D. Ngà, men, ống tủy

BÀI 15. SÂU RĂNG, VIÊM TỬY, VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây bệnh sâu răng, viêm tủy, viêm quanh cuống răng.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng sâu răng, viêm tủy, viêm quanh cuống răng.
- 1.3. Trình bày được hướng điều trị bệnh sâu răng, viêm tủy, viêm quanh cuống răng.
- 1.4. Trình bày được cách phòng bệnh sâu răng.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

A. SÂU RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng là bệnh rất phổ biến ở nước ta cũng như các nước trên Thế giới. Nó không phải là một bệnh riêng của con người mà còn của nhiều loài vật. Không những các thầy thuốc chuyên khoa mà cả các thầy thuốc chung đều phải biết, vì sâu răng:

- Là một bệnh rất phổ biến đang trở thành một gánh nặng cho xã hội.
- Là nguyên nhân của các cơn đau đôi khi rất dữ dội, có khi chẩn đoán nhầm nên càng tai hại vì nếu biết ngay lúc đầu thì có thể dễ dàng điều trị nhanh chóng và - triệt để.
- Có thể đưa ra các biến chứng nguy hiểm dẫn tới tử vong.
- Có những mối liên quan qua lại giữa sâu răng và trạng thái chung của cơ thể, cũng như bệnh sâu răng và điều kiện ăn uống sinh hoạt.
- Là một bệnh cần được điều trị có hiệu quả và tìm cách đề phòng một cách tích cực.

Vậy sâu răng là gì? Sâu răng là quá trình bệnh lý ở tổ chức cứng của răng, bệnh làm phá hủy dần lớp men và ngà răng để tạo thành lỗ sâu, lỗ sâu không có khả năng tự tái tạo và hồi phục.

2. NGUYÊN NHÂN

Sâu răng được hình thành do sự tác động qua lại của nhiều yếu tố trong đó có 3 nguyên nhân chính và 1 nguyên nhân phụ.

2.1. Nguyên nhân chính

- Do vi khuẩn tập trung trong mảng bám răng. Mảng bám răng là các mảnh vụn thức ăn không được vệ sinh làm sạch sau 24 giờ liên kết lại tạo thành mảng bám răng. Mảng bám răng không được làm sạch thì sau 14 ngày tạo thành cao răng. Sau khi mảng bám răng hình thành vi khuẩn sẽ biến chất đa đường thành chất tựa hữu cơ nhờ men của vi khuẩn qua 1 thời gian làm tiêu tổ chức cứng của răng tạo thành lỗ sâu.

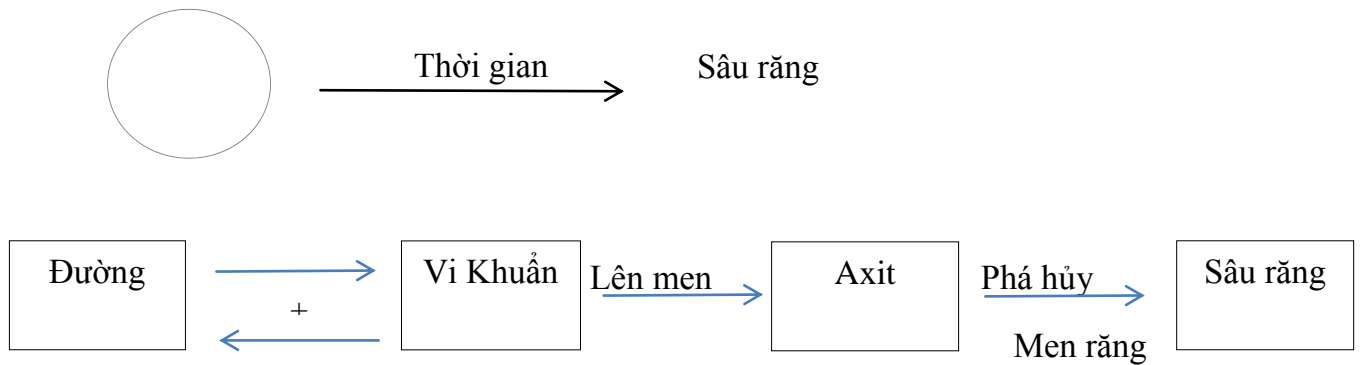
- Do thức ăn có chứa nhiều đường và tinh bột.

- Do tổ chức cứng của răng: là men răng răng và ngà răng. Chất lượng của men và ngà răng phụ thuộc hàm lượng các chất vô cơ và hữu cơ trong nó đặc biệt là Fluor.

2.2. Nguyên nhân phụ

- Thời gian cần thiết để hình thành lỗ sâu là từ 6- 12 tháng.

- Sơ đồ Keys biểu diễn nguyên nhân gây sâu răng:



3. QUÁ TRÌNH DIỄN BIẾN CỦA SÂU RĂNG

3.1. Sâu men (S)

- Triệu chứng cơ năng: ê buốt thoáng qua hoặc không cảm thấy gì nên giai đoạn này dễ bỏ qua.

- Triệu chứng thực thể: trên bề mặt răng có điểm đổi màu men răng: trắng đục như nước vo gạo, vàng nâu, khám bằng thám châm bị mắc tại điểm đổi màu.

3.2. Sâu ngà nông (S1).

- Triệu chứng cơ năng: ê buốt khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt nhưng khi hết kích thích thì hết ê buốt ngay.

- Triệu chứng thực thể: có lỗ sâu màu vàng nâu đen, đáy có nhiều ngà mủn, độ sâu của lỗ sâu < 2mm. Nếu đáy cứng là lỗ sâu ổn định (phát triển rất chậm), nếu đáy mềm là lỗ sâu đang tiến triển (phát triển nhanh).

3.3. Sâu ngà sâu (Sp).

- Triệu chứng cơ năng: ê buốt, khó chịu khi có kích thích chong, lạnh, chua, ngọt nhưng khi hết kích thích thì ê buốt vẫn kéo dài 30 giây đến 1 phút.

- Triệu chứng thực thể: lỗ sâu có nhiều ngà mủn, khi thăm khám lỗ sâu thấy ê buốt, độ sâu của lỗ sâu từ 2 - 4 mm.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RĂNG

- Vệ sinh răng miệng.
- Rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý, nước oxy già.
- Hướng dẫn người bệnh không ăn các chất kích thích đối với răng.

5. ĐIỀU TRỊ SÂU RĂNG

Đối với sâu men và sâu ngà nông thì hàn vĩnh viễn 1 lần bằng ciment, amangam, composite. Đối với sâu ngà sâu thì phải hàn làm 2 bước để tránh kích thích tuỷ răng:

- Bước 1: Hàn theo dõi bằng eugenate, sau 3 - 6 tháng không phản ứng gì thì hàn vĩnh viễn.

- Bước 2: hàn vĩnh viễn sau khi đã lấy làm sạch và lấy bớt chất hàn tạm ở lỗ sâu bằng ciment, amangam, composite.

6. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG SÂU RĂNG

- Loại trừ mảng bám răng: sau mỗi bữa ăn phải vệ sinh răng miệng sạch sẽ bằng cách chải răng đủ thời gian từ 3 - 5 phút và đúng phương pháp sau

+ Chọn bàn chải có lông mềm vừa phải để có thể làm sạch răng nhưng không gây tổn thương lợi, đầu hơi thon nhỏ và có kích thước phù hợp.

+ Thuốc đánh răng có chứa Fluor.

+ Đặt lông bàn chải nghiêng 1 góc 45⁰ so với trục của răng sao cho lông bàn chải len vào kẽ lợi, rung nhẹ theo chiều ngang tại chỗ, làm nhiều lần như vậy ở cả mặt trong, mặt ngoài. Riêng mặt nhai, phải chải nhẹ nhàng động tác tới lui.

+ Nên thay bàn chải 3 tháng/lần hoặc bàn chải bị toè, mòn. Ngoài ra nên dùng chỉ tơ nhà khoa để làm sạch vùng mặt bên của răng.

- Giáo dục hạn chế ăn đường: hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cân bằng hợp lý, chọn những thực phẩm không chứa nhiều đường, không ăn vặt, nên ăn thức ăn thô và ăn nhiều hoa quả.

- Tăng cường độ cứng chắc của răng bằng dung dịch có chứa Fluor 0,2%. Do Fluor có tác dụng làm cho men răng cứng hơn, ít bị acid phá huỷ hơn và cản trở sự hình thành mảng bám.

- Khám định kỳ để phát hiện sớm các tổn thương khoảng 6 tháng đến 1 năm một lần.

* Ngoài ra cần

- Xây dựng các khẩu phần ăn thích hợp đối với phụ nữ có thai, cho con bú và trẻ em để tăng cường độ cứng chắc của răng.

- Hạn chế các nguy cơ nhiễm hoá chất do kỹ thuật công nghiệp của các nhà máy, xí nghiệp bằng cách khuyến khích công nhân đeo khẩu trang khi làm việc hoặc súc miệng bằng dung dịch kiềm sau mỗi buổi làm việc.

B. VIÊM TUỖ RĂNG

1. GIẢI PHẪU SINH LÝ RĂNG

- Tuỷ răng là một khối tổ chức liên kết mạch máu nằm trong một cái hốc ở chính giữa răng gọi là hốc tuỷ răng.

- Tuỷ răng nằm trong buồng cứng và là mạch máu tận cùng khi vào răng qua một hay nhiều lỗ hẹp vùng cuống, cho nên khi có rối loạn máu khó lưu thông, dinh dưỡng tuỷ răng bị ảnh hưởng.

- Dây thần kinh cảm giác (nhánh của dây thần kinh số 5 và dễ bị ép ở trong buồng kín nên khi viêm tuỷ gây đau nhiều, mặt khác dây V dễ tạo phản xạ, nên khi đau răng dễ lan đi các nơi khác ở xung quanh.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do răng sâu không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách (>70%).

- Viêm nhiễm ngược dòng từ vùng quanh cuống.

- Do viêm nhiễm tại chỗ và toàn thân.

- Do chấn thương.

- Do khối u vùng hàm mặt.

- Do nhiễm độc.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Viêm tuỷ có hồi phục (T₁)

* Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng: người bệnh ê buốt răng liên tục, khi có kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt thì có đau thoáng qua.

- Triệu chứng thực thể: Khám thấy lỗ sâu giống như ở sâu ngà nhưng chưa có điểm hở tủy, thử tủy (+)

*** Xử trí**

- Chăm sóc: Rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý ấm, dung dịch oxy già. Dặn người bệnh không ăn nhai vào vùng răng bị bệnh, đặc biệt tránh các thức ăn gây kích thích cho răng.

- Điều trị bảo tồn theo 2 phương pháp: Hàn tạm thời bằng eugenate, canxihydroxit, rồi theo dõi trong vòng 6 tháng. Nếu ổn định thì hàn vĩnh viễn bằng ciment, amangam, composite.

3.2. Viêm tủy cấp (T₂)

*** Triệu chứng**

- Triệu chứng cơ năng: Con đau xuất hiện tự nhiên kéo dài từ 15 phút đến hàng giờ, đau dữ dội từng cơn nhất là về đêm, cơn đau xuất hiện đột ngột và mất đi cũng đột ngột. Đau tăng khi có kích thích nóng, lạnh.

- Triệu chứng thực thể: Thấy răng có vết rạn nứt hay có lỗ sâu đã hở tủy (lỗ sâu khoảng 3 - 4 mm), có trường hợp không có tổn thương ở răng do viêm tủy ngược dòng từ vùng cuống lên, gõ răng rất đau, thử tủy (+).

*** Xử trí**

- Chăm sóc: giảm đau cho bệnh nhân bằng cách nạo sạch ngà mủn, rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý ấm, bôi và chắm thuốc tê tại như lidocain, xylocain và tránh ăn nhai vào vùng răng bệnh và tránh ăn các chất kích thích như: chua, lạnh, ngọt.

- Điều trị qua các bước:

- + Lấy tủy răng bằng 2 cách: gây tê lấy tủy sống hoặc đặt thuốc diệt tủy.
- + Tạo hình và làm sạch ống tủy.
- + Hàn ống tủy khi răng hết đau và hết phản ứng bằng cortisomol, AH₂₆..
- + Hàn vĩnh viễn sau hàn ống tủy 2 tuần.

3.3. Tủy hoại tử (T₃)

*** Triệu chứng**

- Triệu chứng cơ năng: thường người bệnh không đau nhưng đã có tiền sử đau trước đó.
- Triệu chứng thực thể: răng đổi màu, thử tủy (-) và thường có lỗ sâu > 5 mm.

*** Xử trí**

- Rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý.
- Lấy sạch tủy hoại tử và làm sạch ống tủy.
- Hàn ống tủy bằng cortisomol, AH₂₆..
- Hàn vĩnh viễn sau hàn ống tủy 2 tuần.

C. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

1. NGUYÊN NHÂN

- Viêm tủy hoại tử không được điều trị.
- Viêm nhiễm vùng quanh răng.
- Do sang chấn.
- Do hoá chất có tính kích thích mạnh.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

2.1. Viêm quanh cuống bán cấp

- Toàn thân: mệt mỏi, có thể có sốt nhẹ.
- Cơ năng: đau tự nhiên liên tục, va chạm vào răng đau tăng lên tuy nhiên triệu chứng cơ năng và triệu chứng toàn thân không rầm rộ bằng viêm quanh cuống cấp.
- Thực thể: răng có thể đổi màu xám đục, gõ răng đau, răng hơi lung lay, lợi hơi đỏ nhất là xung quanh cuống, thử tuỷ (-) tính, X- quang thấy một vùng sáng ở vùng quanh cuống.

2.2. Viêm quanh cuống cấp

- Toàn thân: mệt mỏi, sốt, có thể có hạch ở vùng dưới hàm.
- Cơ năng: đau tự nhiên liên tục, khi chạm vào răng đối diện hoặc khi có kích thích đau tăng lên. Bệnh nhân có cảm giác răng chồi cao.
- Thực thể: răng lung lay, gõ rất đau, lợi xung quanh sưng nề, thử tuỷ (-) tính. Chụp X- quang thấy hình ảnh tiêu xương vùng quanh cuống giới hạn không rõ.

2.3. Viêm quanh cuống mãn

- Triệu chứng cơ năng: ngứa lợi vùng răng bị bệnh, miệng hôi, không đau.
- Triệu chứng thực thể: răng đổi màu xám đục, thử tuỷ (-) tính, có thể có lỗ dò mủ ở vùng lợi tương ứng với răng bị bệnh. Chụp X- quang thấy có vùng sáng vùng quanh cuống giới hạn rõ.

3. XỬ TRÍ

- Chăm sóc viêm quanh cuống cấp: giảm đau cho bệnh nhân bằng cách nạo sạch ngà mủn, rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý ấm (nếu có), bôi và chắm thuốc tê tại chỗ như: lidocain, xylocain và tránh ăn nhai vào vùng răng bệnh và tránh ăn các chất kích thích như: chua, lạnh, ngọt.

- Điều trị theo các bước sau:

- + Rửa sạch lỗ sâu bằng nước muối sinh lý.
- + Lấy sạch tuỷ hoại tử và làm sạch ống tuỷ.
- + Hàn ống tuỷ bằng Cortisomol, AH_{26} ...

- + Hàn vĩnh viễn sau hàn ống tuỷ 2 tuần rồi tạo hình lại thân răng. Đối với những răng vỡ to hoặc ống tuỷ không thông hoặc những răng gây biến chứng thì nhổ răng để dẫn lưu./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Sâu răng là một bệnh:

- A. Ở tổ chức cứng của răng
- B. Đặc trưng bởi sự tái khoáng
- C. Ở men răng
- D. Ở tủy răng

Câu 2. Sự phân bố của sâu răng giảm dần:

- A. Từ răng cối lớn dưới đến răng cối lớn trên
- B. Từ răng cửa dưới đến răng cửa trên
- C. Từ mặt tiếp cận đến mặt nhai
- D. Từ răng cối nhỏ đến răng cối lớn

Câu 3. Yếu tố nào sau đây làm tăng tính nhạy cảm của răng đối với sự khởi phát sâu răng?

- A. Răng nhiễm tetracycline
- B. Răng đã mọc lâu trên cung hàm
- C. Răng có nhiều cao răng
- D. Răng dị dạng

Câu 4. Yếu tố nào sau đây được coi là nguyên nhân khởi đầu cho bệnh sâu răng?

- A. Vi khuẩn
- B. Nước bọt
- C. Đường
- D. Tinh bột

Câu 5. Nước bọt có khả năng tái khoáng hóa sang thương sâu răng sớm nhờ:

- A. Lysozyme lactoferine
- B. Làm sạch răng thường xuyên
- C. Nước bọt tiết nhiều
- D. Ca ++

BÀI 16: VIÊM LỢI, VIÊM QUANH RĂNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được nguyên nhân gây bệnh viêm lợi, viêm quanh răng.

1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng viêm lợi, viêm quanh răng.

1.3. Trình bày được hướng điều trị bệnh viêm lợi, viêm quanh răng.

1.4. Trình bày được cách phòng bệnh viêm lợi, viêm quanh răng.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm lợi là tình trạng nướu bị viêm, thường do nhiễm trùng do vi khuẩn. Nếu không được điều trị, bệnh này có thể trở thành một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng hơn được gọi là viêm nha chu

Bệnh viêm quanh răng là bệnh rất thường gặp, đứng hàng thứ hai sau bệnh sâu răng, chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh răng hàm mặt. Theo các tác giả Châu Âu thì bệnh viêm quanh răng chiếm 35% dân số tuổi từ 18 trở lên. Nếu như tuổi thanh niên và trưởng thành bị mất răng do sâu thì tuổi từ 35 trở lên mất răng chủ yếu do viêm quanh răng.

2. TỔ CHỨC QUANH RĂNG

Tổ chức quanh răng được cấu tạo bởi 4 thành phần: lợi, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng và xương ổ răng.

2.1. Lợi

Là phần niêm mạc miệng biệt hoá ôm quanh răng. Ở phía ngách tiền đình và mặt lưỡi thì có một đường ranh giới rõ rệt giữa lợi và niêm mạc miệng. Riêng phía hàm ếch thì không có ranh giới rõ rệt giữa lợi và niêm mạc hàm ếch

Về giải phẫu lợi được chia làm lợi tự do và lợi dính.

- Lợi tự do: Là phần lợi ôm sát lấy cổ răng và cùng với cổ răng tạo thành một khe sâu khoảng 1 mm gọi là rãnh lợi. Lợi tự do được chia làm 2 thành phần khác nhau về mặt bệnh lý: nhú lợi và đường viền lợi.

+ Nhú lợi: là phần lợi tự do nằm ở kẽ giữa hai răng.

+ Đường viền lợi (lợi viền): là phần lợi tự do ôm sát lấy cổ răng. mặt trong của đường viền lợi là thành ngoài của rãnh lợi.

- Lợi dính: là phần lợi bám dính vào chân răng ở trên (cao khoảng 1,5 mm) và mặt ngoài xương ổ răng ở dưới. Chiều cao của lợi dính thay đổi tùy theo từng người.

- Lợi bình thường săn chắc, màu hồng nhạt. Lợi có vai trò quan trọng việc bảo vệ chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn vào tổ chức quanh răng.

2.2. Dây chằng quanh răng

Dây chằng quanh răng là tổ chức liên kết có cấu trúc đặc biệt nối liền răng với xương ổ răng, nó có nhiệm vụ chính là giữ răng trong ổ răng.

Dây chằng quanh răng xếp thành từng bó nằm theo các hướng khác nhau giúp phân tán lực nhai đều vào xương ổ răng, tránh sang chấn cho răng và tổ chức quanh răng.

Chiều dày của vùng dây chằng quanh răng thay đổi tùy theo tuổi và chức năng của tủy răng. chiều dày trung bình vào khoảng $0,25 \pm 0,1$ mm. Chỗ hẹp nhất là ở 1/3 giữa chân răng, chỗ rộng nhất là ở cổ và cuống răng.

2.3. Xi măng chân răng

Là phần tổ chức liên kết vôi hoá đặc biệt bao phủ lớp ngà chân răng. chiều dày của lớp xi măng chân răng thay đổi tùy theo tuổi và tùy theo răng.

Xi măng chân răng có vai trò:

- Tham gia vào hệ thống cơ học nối răng với xương ổ răng (là điểm bám của các dây chằng quanh răng).
- Bảo vệ ngà chân răng.
- Tham gia điều trị một số trường hợp tổn thương ngà chân răng.

2.4. Xương ổ răng

Là phần xương hàm ôm lấy các chân răng. Gồm có 3 phần: xương vỏ (xương đặc) nằm phía ngoài, xương xốp ở giữa, xương huyết ổ răng (lá cứng) nằm tiếp giáp với chân răng.

2.5. Lão hóa tổ chức quanh răng

Sự lão hóa của tổ chức quanh răng xảy ra song song với sự lão hóa của cơ thể. Đó là hiện tượng xơ hóa các mạch máu vùng dây chằng quanh răng, hoạt động phân chia tế bào giảm xuống, loãng xương ổ răng và tiêu xương ổ răng từ từ dẫn đến tụt lợi, lộ chân răng....

3. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều yếu tố tham gia vào bệnh nguyên của bệnh vùng quanh răng, trong đó yếu tố vi khuẩn là quan trọng nhất.

3.1. Vi khuẩn

Cao răng và mảng bám răng cùng với vi khuẩn chứa trong nó là yếu tố khởi phát bệnh vùng quanh răng. Nó có thể tác động trực tiếp lên tổ chức quanh răng bằng độc tố của vi khuẩn hay gián tiếp thông qua phản ứng miễn dịch của cơ thể.

3.2. Yếu tố tạo điều kiện cho sự hình thành cao răng, mảng bám răng:

- Do răng: Hình thể thân răng không bình thường, răng lệch lạc, bệnh tủy răng.
- Do hàn răng, làm răng giả không đúng.
- Do dị dạng của xương hàm.
- Do cơ, niêm mạc: phan môi, má bám thấp, tật lưỡi to làm cản trở vệ sinh răng miệng.
- Do vệ sinh răng miệng kém
- Do thức ăn: do dùng thức ăn mềm.
- Do bệnh lý tại chỗ: u, điều trị phóng xạ làm giảm tiết nước bọt...

3.3. Yếu tố phụ trợ

- Tại chỗ
 - + Mọc răng.
 - + Chịu lực nhai quá lớn: điếm chạm sớm, tật nghiêng răng...
- Toàn thân:
 - + Tình trạng sinh lý: quá trình lão hóa, thay đổi Hormone.
 - + Thói quen: yếu tố kinh tế xã hội, văn hóa, chủng tộc...
 - + Di truyền.

+ Bị một số bệnh lý toàn thân: tâm thần, bệnh tiêu hóa, suy dinh dưỡng, bệnh về máu, bệnh da liễu, bệnh nội tiết, suy giảm miễn dịch....

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Bệnh về lợi

4.1.1. Viêm lợi cấp : biểu hiện đau, dễ chảy máu khi mọc răng (ở trẻ em) viêm đường hô hấp.

- Nguyên nhân: do vi khuẩn,
- Biểu hiện: lợi nề, đỏ, dễ chảy máu khi đánh răng và khi thăm khám.
- Điều trị
 - + Cạo sạch cao răng, mảng bám răng
 - + Dùng ô xy già 6% rửa sạch miệng, sát trùng súc miệng ô xy già 0,5%.
 - + Chấm thuốc giảm đau, làm se lợi.
 - + Uống kháng sinh + sinh tố (vitamin C)

Rodogyl 750mg/viên: 6 tuổi : 1 viên *2 lần/ngày

6 - 15 tuổi : 2 viên *2 lần/ngày

15 tuổi trở lên: dùng như người lớn 3 - 4 viên *2 lần/ngày.

4.1.2. Viêm lợi mãn tính

Viêm lợi cấp không được điều trị tốt, tái đi tái lại nhiều dẫn đến viêm lợi mãn

Biểu hiện bằng các đợt viêm cấp tái đi tái lại.

Điều trị: lấy cao răng mảng bám.

Hướng dẫn vệ sinh răng miệng tại chỗ.

4.2. Viêm quanh răng

- Viêm toàn bộ các tổ chức quanh răng, lợi, dây chằng, xương ổ răng, xương răng.
- Dấu hiệu điển hình :
 - + Có túi quanh răng.
 - + Tiêu xương ổ răng
 - + Tụt lợi gây hở cổ răng, chân răng.
 - + Răng lung lay và di chuyển

Tiến triển qua 3 giai đoạn

4.2.1. Khởi đầu

Biểu hiện viêm lợi mãn tính khi thăm khám có nhiều cao răng, túi lợi sâu, bệnh nhân thỉnh thoảng có đau, đau cả hai hàm, đau lan truyền từ răng nọ sang răng kia.

4.2.2. Giai đoạn tiến triển

Có đầy đủ 4 triệu chứng điển hình như đã nói trên:

- Túi quanh răng sâu > 5 mm
- Chụp Phim chân răng thấy tiêu xương ổ răng theo chiều ngang hay dọc.
- Khám thấy tụt lợi làm hở cổ răng, chân răng.
- Răng lung lay và di lệch khỏi vị trí của nó. Người ta chia răng lung lay là 3 độ :
 - + Độ 1: Cảm giác lung lay
 - + Độ 2: Lung lay thấy rõ theo chiều trong ngoài nhưng ≤ 1 mm.

BÀI 17. NHIỄM TRÙNG VÙNG HÀM MẶT

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Phân tích được các nguyên nhân gây viêm nhiễm trùng vùng hàm mặt.

1.2. Mô tả được triệu chứng các giai đoạn viêm mô tế bào vùng hàm mặt.

1.3. Trình bày được hướng điều trị của viêm mô tế bào vùng hàm mặt.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Các cấp cứu răng miệng hay gặp là đau răng do viêm tuỷ, gãy vỡ hay lung lay, rụng răng ra ngoài, sưng tấy lợi hay vùng miệng hàm do biến chứng của răng. Chảy máu lợi, ổ răng và các sơ cứu ban đầu các chấn thương.

Các vấn đề đã được giảng trong viêm tuỷ, viêm nhiễm vùng hàm mặt, tai biến do nhổ răng và chấn thương vùng hàm mặt nên chúng ta chỉ nhắc lại các điểm chính.

2. VIÊM TUỶ RĂNG CẤP

2.1. Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng: Con đau xuất hiện tự nhiên kéo dài từ 15 phút đến hàng giờ, đau dữ dội từng cơn nhất là về đêm, cơn đau xuất hiện đột ngột và mất đi cũng đột ngột. Đau tăng khi có kích thích nóng, lạnh.

- Triệu chứng thực thể: Thấy răng có vết rạn nứt hay có lỗ sâu đã hở tuỷ (thường lỗ sâu khoảng 3 - 4 mm), có trường hợp không có tổn thương ở răng do viêm tuỷ ngược dòng từ vùng cuống lên, gõ răng rất đau, thử tuỷ (+) tính.

2.2. Xử trí

- Dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già rửa sạch lỗ sâu rồi thấm thuốc tẽ tại chỗ như: dung dịch xylocain 5%, lidocain 2% nhét vào lỗ sâu.

- Cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau: paracetamol 500 mg, uống 2 - 4 viên/ngày.

- Gửi bệnh nhân đến nha sĩ để điều trị tuỷ răng.

3. SANG CHẤN RĂNG

3.1. Gãy ngang

- Thường gặp trong trường hợp bị ngã làm gãy ngang răng cửa, hoặc nhai phải sạn làm mẻ các múi răng hàm.

- Nếu diện gãy chưa phạm vào tuỷ răng thì được thì xử trí như trường trường hợp xử trí như sâu men và sâu ngà.

- Nếu đường gãy phạm vào tuỷ răng thì sẽ gây nên viêm tuỷ răng cấp, lúc này điều trị tiếp viêm tuỷ cấp.

- Để xử trí cấp cứu chúng ta sẽ lấy bỏ phần gãy nếu có thể sau khi tiêm tê hoặc gây tê bằng Benzocain 20% hoặc Xylocain 2-5% rồi chuyển người bệnh đến nha sĩ để tiếp tục điều trị.

3.2. Gãy dọc thân và chân răng

- Thường gặp ở răng hàm và hay gặp ở người già vì răng thường giòn và khô.
- Nếu là răng 1 chân thì phải nhổ bỏ.
- Nếu là răng nhiều chân thì có thể gây tê rồi lấy bỏ phần nhỏ, sau đó chữa tuỷ và làm chụp bọc răng bằng kim loại hay bằng sứ.

3.3. Răng bị rơi ra khỏi ổ răng

Tiền phòng uốn ván cho người bệnh bằng SAT 1500 đơn vị.

* Nếu bệnh nhân đến với chúng ta trước 6 giờ kể từ khi bị chấn thương thì:

- Rửa sạch răng và ổ răng bằng nước muối sinh lý.
- Cắm răng trở lại ổ răng.
- Buộc cố định răng cắm lại với các răng lân cận bằng chỉ thép hay bằng nẹp trong 3 tuần rồi điều trị tuỷ răng bị tổn thương.

* Nếu bệnh nhân đến với chúng ta sau 6 giờ kể từ khi bị chấn thương thì rửa sạch ổ răng bị tổn thương rồi chăm sóc như bệnh nhân sau nhổ răng.

4. ABCES VÙNG HÀM MẶT

- Là do các vi khuẩn và tổ chức hoại tử xuất hiện sau khi bị nhiễm khuẩn hình thành ổ mủ, lúc đầu nhỏ sau to dần do tổ chức hoại tử dần. Xung quanh tổ chức hoại tử là tổ chức liên kết dày đặc tế bào viêm, chứng tỏ quá trình viêm đã được khu trú.

- Thường gặp là do biến chứng của viêm quanh răng và viêm quanh cuống răng.

* Triệu chứng

- Cơ năng: sốt, đau, khó chịu.
- Thực thể: da căng, sưng nề, đỏ, nóng, ấn mềm, giới hạn không rõ.

* Xử trí

- Cho người bệnh dùng thuốc kháng sinh, giảm đau, giảm viêm trong 3 - 5 ngày.
- Sát trùng vùng abces bằng betadine
- Rạch abces sau khi đã gây tê bằng Lidocain 2 - 5%. Rạch ở chỗ thấp nhất, sạch đủ rộng và đảm bảo thẩm mỹ. Dùng Kocher chọc vào ổ mủ phanh rộng, bơm rửa bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già rồi dẫn lưu bằng ống cao su. Qua đường dẫn lưu bơm rửa hàng ngày, để 24 - 72 giờ thì thay dẫn lưu, hết mủ bỏ dẫn lưu.
- Giải quyết nguyên nhân, nếu do răng thì tùy theo mức độ tổn thương và tùy theo từng loại răng mà thầy thuốc điều trị bảo tồn hay nhổ răng.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng và dặn bệnh nhân uống thuốc theo đơn.

5. VIÊM TẤY LAN TOẢ

Là nhiễm trùng phần mềm phát triển rất nhanh theo một diện rộng có xu hướng lan toả không giới hạn, các tổ chức viêm chịu một quá trình hoại tử lan rộng hình thành rất nhiều ổ mủ nhỏ.

5.1. Nguyên nhân

- Thường do răng hàm dưới bị nhiễm khuẩn, nhất là răng khôn như: viêm quanh cuống, viêm quanh răng, nhiễm khuẩn vết thương sau nhổ răng. Hiếm hơn có thể gặp trong gãy xương, viêm xương tuỷ, viêm amygdale.
- Bệnh dễ phát triển trên cơ thể kém đề kháng: mệt mỏi, nghiện rượu, đái tháo đường.

- Vi khuẩn rất đa dạng, gồm cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, chúng phối hợp với nhau làm tăng nhiễm khuẩn và nhiễm độc. Độc tố mạnh làm nhiễm độc thần kinh, cơ, hoại tử tổ chức. Sự phối hợp hoạt động của hai loại vi khuẩn còn làm cho tổ chức có mùi thối và có hơi.

5.2. Giải phẫu bệnh

Các tổ chức như cơ, mạch máu, thần kinh, tổ chức liên kết, mỡ, tuyến bị hoại tử và tiêu. Tổ chức bị thâm nhiễm rộng bởi thanh dịch máu, mủ bần, thối và thường có hơi. Mủ không tụ lại mà rải rác từng ổ nhỏ lan toả trong tổ chức.

5.3. Triệu chứng

- Cơ năng: sốt cao dao động, mạch nhiệt phân ly (nhiệt độ cao, mạch chậm), khó thở, nôn mửa, thần kinh lơ mơ.

- Thực thể: tổ chức thâm nhiễm cứng không rõ ranh giới giữa tổ chức lành và bệnh, có khuynh hướng hoại tử lan rộng, mật độ chắc đôi khi lạo xạo có hơi, da đỏ tím thậm chí hoại tử có dịch màu nâu đen thoát ra.

- Tiến triển: có thể dẫn đến những biến chứng nặng: chảy máu do loét mạch máu, viêm tắc tĩnh mạch, tràn mủ màng phổi, màng tim, nhiễm khuẩn huyết.

5.4. Xử trí

- Xử trí càng sớm càng tốt.

- Toàn thân: dùng kháng sinh liều cao kết hợp với kháng sinh phổ rộng đặc trị vi khuẩn Gram (-) như: Metronidazol 1 - 2g/ngày truyền tĩnh mạch, kết hợp dùng Depersolon 30mg/ngày để hạn chế quá trình nhiễm trùng và chống phù nề. Bồi phụ nước và điện giải để nâng cao thể trạng.

- Tại chỗ: trích rạch dẫn lưu mủ (rạch sớm và rạch rộng) sau khi đã sát trùng và gây tê, lấy hết tổ chức hoại tử, bơm rửa sạch bằng oxy già, sát trùng bằng dung dịch Betadine và đặt dẫn lưu. Vết thương nên để hở và bơm rửa 1 - 2 lần/ngày bằng oxy già.

6. CHẢY MÁU LỢI VÀ Ổ RĂNG

6.1. Chảy máu lợi

- Nguyên nhân thường gặp là do viêm lợi và viêm quanh răng.

- Triệu chứng: Lợi xung quanh cổ răng sưng nề, đỏ, chạm vào chảy máu hoặc do mút chíp, có thể gây chảy máu tự nhiên. Tuy đây không phải là một cấp cứu tức thì nhưng vì kéo dài làm người bệnh rất khó chịu, xanh xao.

- Xử trí

+ Lấy sạch cao răng và mảng bám răng.

+ Rửa sạch bằng oxy già 10V.

+ Bôi thuốc làm săn se lợi.

+ Dùng thuốc kháng sinh, kháng viêm.

6.2. Chảy máu ổ răng

- Thường xảy ra sau nhổ răng.

- Rửa sạch ổ răng bằng nước muối sinh lý và nước oxy già rồi sát trùng bằng betadine.

- Nạo sạch huyết ổ răng.

- Cho bệnh nhân cắn chặt gạc trong 15 - 30 phút.

- Theo dõi trong 30 phút nếu máu ngừng chảy là tốt.

7. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÀ GÃY XƯƠNG HÀM MẶT

- Cầm máu: nếu máu không phục thành tia thì sau khi rửa sạch vết thương, băng “chặt máu”. Nếu máu phục thành tia thì phải dùng kẹp buộc hay khâu để cầm máu.

- Làm thông thoáng đường thở: các vết thương gãy xương hàm hay có thương làm tụt lưỡi ra sau gây ngạt thở, nên phải cấp cứu làm thông thoáng đường thở bằng cách móc sạch dị vật, kéo lưỡi ra ngoài rồi khâu cố định.

- Lau rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý và nước oxy già, lấy bỏ hết dị vật nếu có. Sau đó tùy theo từng loại vết thương mà thầy thuốc xử trí khác nhau: Nếu là vết thương đụng dập thì chườm nóng hoặc chườm lạnh ngày 2 - 3 lần, nếu là vết thương sâu sát thì băng ép để cầm máu, nếu là vết thương rách da thì khâu phục hồi sau đó băng ép cầm máu. Thay băng và rửa vết thương hàng ngày.

- Vết thương xương gãy: khám vùng tổn thương thấy sưng chói, sờ thấy xương hàm không liên tục, có thể thấy há miệng hạn chế và sai khớp cắn. Đây là tổn thương nặng, có thể kèm theo các chấn thương khác gây nguy hiểm đến tính mạng vì vậy cần sơ cứu ngay: đưa người bệnh ra khỏi tình trạng đe dọa đến tính mạng, sơ cứu sóc ngạt, cố định lưỡi, dùng băng quấn cầm đầu để cố định xương gãy.

- Dùng kháng sinh, giảm viêm, giảm đau, tiêm bắp huyết thanh chống uốn ván cho bệnh nhân rồi chuyển ngay người bệnh lên chuyên khoa răng hàm mặt để điều trị tiếp (trong trường hợp cần thiết)/.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Vết thương vùng hàm mặt mau lành vì:

- A. Chảy ít máu
B. Phản ứng viêm nhẹ
C. Vết thương thường nông (cạn)
D. Được nuôi dưỡng và bảo vệ tốt

Câu 2. Loại vết thương liên quan tới hốc mũi, xoang:

- A. Đụng dập
B. Bỏng
C. Xuyên thủng
D. Xây xát

Câu 3. Điều trị vết thương thiếu hồng ở mặt, cần đặc biệt quan tâm:

- A. Đóng kín vết thương
B. Tăng cường sức đề kháng
C. Chống nhiễm trùng
D. Phục hồi thẩm mỹ

Câu 4. Phương pháp khâu trong da vùng hàm mặt thường sử dụng trong trường hợp:

- A. Vết thương quá căng
B. vết thương thẳng, không căng
C. vết thương có thông với hốc tự nhiên
D. Lộ xương nhiều

Câu 5. Điều quan trọng nhất trong điều trị vết thương hàm mặt:

- A. Rửa vết thương thật sạch
B. Khâu đẹp
C. Chống viêm tốt
D. Kháng sinh liều cao

BÀI 18: TAI BIẾN DO MỌC RĂNG KHÔN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây tai biến mọc răng khôn.
- 1.2. Mô tả được triệu chứng tai biến mọc răng khôn.
- 1.3. Trình bày được hướng xử trí của tai biến mọc răng khôn.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. THẾ NÀO LÀ TAI BIẾN RĂNG KHÔN

Răng khôn (Wisdom tooth) hay còn được gọi với tên gọi khác là răng hàm lớn thứ ba hoặc răng số tám. Độ tuổi thường mọc hàm lớn số ba là từ 17 - 25 tuổi, tuy nhiên có nhiều trường hợp mọc muộn hơn.



Minh họa cho trường hợp răng khôn mọc lệch

Trong độ tuổi này xương hàm cứng hơn, ít tăng trưởng về kích thước, lớp niêm mạc và mô mềm trở lên dày chắc,...khiến cho răng mọc lệch hoặc mọc ngầm và nằm phía trong cạnh răng hàm, nhất là gặp ở hàm dưới. Chính vì vậy khiến cho việc ăn uống và vệ sinh thức ăn gặp khó khăn. Tuy nhiên các răng này ít khi tham gia vào quá trình nhai thức ăn nên bạn nên có biện pháp can thiệp kịp thời, thông thường hay được chỉ định nhổ răng khôn.

Các tư thế thường gặp khi mọc răng hàm lớn thứ 3 là mọc thẳng, mọc lệch ngoài, lệch vào trong, nằm ngang, nằm ngược,...

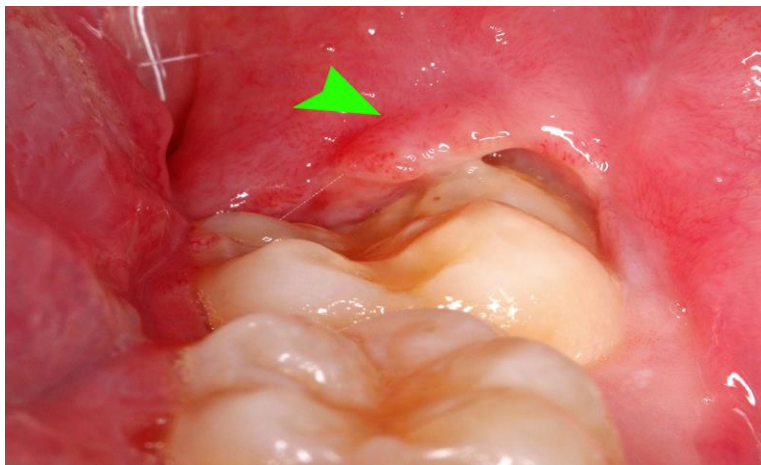
2. BIẾN CHỨNG KHI RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

Dưới đây là những biến chứng thường gặp khi răng khôn mọc bất thường

2.1. Viêm nướu trùn, viêm nhiễm tại chỗ

Khi việc vệ sinh răng gặp khó khăn tại vị trí răng mọc lâu ngày dẫn đến tình trạng viêm nhiễm, sưng đỏ, đau quanh thân răng, viêm nướu trùn, absces, cứng hàm. Khi tình trạng trên kéo dài khiến vùng xương xung quanh nó bị phá hủy và còn có thể lan sang răng bên cạnh.

Nếu không chữa trị kịp thời có thể khiến viêm vùng xương hàm, nhiễm trùng huyết, viêm màng trong tim, nhiễm trùng sang mang tai, má,...



Viêm nướu trùm răng số tám

2.2. Sâu răng bên cạnh (sâu răng số 7)

Khi răng số tám mọc lệch, kẹt nghiêng tựa vào răng hàm bên cạnh, vì vậy thức ăn thường bị tích tụ lại và khó làm sạch được dẫn tới bị sâu răng hàm kế bên. Mà răng hàm này có chức năng vô cùng quan trọng trong việc nhai thức ăn.

2.3. Gây u, nang thân răng

Khi bị nhiễm trùng mãn tính quanh thân răng kèm với túi răng còn sót khi mọc không hoàn chỉnh dẫn đến hình thành u xương hàm như nang thân răng, K xương hàm,... Nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn tới tiêu xương hàm dần dần, tăng nguy cơ bị gãy xương hàm.

2.4. Gây rối loạn cảm giác và phản xạ

- Có nhiều dây thần kinh liên quan tới hàm răng nên khi răng số tám mọc lệch và ngậm gây chèn ép các dây thần kinh. Việc đó dẫn tới dây thần kinh cảm giác ở môi, da, niêm mạc và răng bị giảm hoặc không có cảm giác. Đặc biệt có thể gây nên hội chứng giao cảm như đau một bên mặt, phù hoặc đỏ quanh vùng ổ mắt.

- Ngoài ra việc nó mọc lệch và ngậm có thể dẫn tới sự xô đẩy và chen chúc giữa các răng.

3. KHI NÀO NÊN NHỎ RĂNG KHÔN

Nhiều người có quan niệm răng khôn là điều may mắn nên dù bị đau đớn, khó chịu họ cũng không nhổ. Tuy nhiên đây là quan niệm sai lầm.

Các trường hợp sau nên nhổ:

- Khi răng số tám mọc lệch và ngậm gây đau đớn, viêm sưng tấy, sâu răng, hàm răng bị xô đẩy, chen chúc nhau,....

- Khi răng bị mọc lệch không tham gia vào quá trình nhai thức ăn nhưng lại gây trở ngại khi vệ sinh sạch sẽ răng miệng.

- Răng khôn mọc thẳng, không bị cản trở nhưng không có răng đối diện ăn khớp; hoặc có hình dạng bất thường, khó vệ sinh,... có thể gây sâu răng, viêm nha chu về sau.

- Nhổ theo yêu cầu khi cần chỉnh hình răng mặt, phục hình.

- Theo lời khuyên của một số chuyên gia răng - hàm - mặt, bạn nên nhổ răng khôn hàm dưới khi mọc ngậm hoặc lệch để tránh những tai biến đau nhức và giúp đơn giản cho công việc hậu phẫu thuật.

4. NHỮNG ĐIỀU NÊN LƯU Ý SAU KHI NHỔ

Sau khi thực hiện thủ thuật nhổ răng khôn bạn nên lưu ý những vấn đề sau.

4.1. Những biến chứng có thể xảy ra sau khi nhổ

Dưới đây là một số biến chứng tiềm ẩn sau khi nhổ răng như:

- Sau khi nhổ răng, nếu bạn vệ sinh và chăm sóc không đúng cách có thể dẫn tới nhiễm trùng. Khi bị nhiễm trùng bạn thường có các dấu hiệu như dịch màu vàng hoặc trắng, sốt, đau và sưng liên tục,... khi đó cần đến gặp bác sĩ ngay.
- Do xương mới chậm phát triển trong ổ răng rỗng dẫn đến chậm liền vết thương. Tuy việc phục hồi này diễn ra lâu nhưng không nhất thiết phải đi khám lại.
- Khi cục máu đông không phát triển trong ổ răng trống hoặc bị tuột ra sẽ dẫn đến khô ổ răng. Nên gặp bác sĩ sớm khi xảy ra hiện tượng trên.
- Tê hàm vĩnh viễn do dây thần kinh bị tổn thương dẫn đến mất cảm giác. Nguy cơ bị tê hàm rất thấp, có thể xảy ra trường hợp tê hàm trong vài tuần hoặc vài tháng. Tuy nhiên không nên chủ quan, nếu bị tê quá một tháng thì nên đi khám lại.

4.2. Những việc bạn nên làm và không nên làm sau khi nhổ

4.2.1. Những điều bạn nên làm sau khi nhổ răng

- Bạn nên cắn chặt miếng gạc trong 20 phút để ngừng máu, không nên ngậm lâu vì gây nhiễm khuẩn ngược.
- Chườm đá ngay sau khi nhổ, trong ngày đầu tiên sau khi nhổ để giảm sưng và khi bạn bị đau nhức quá.
- Uống thuốc theo đúng đơn bác sĩ kê cho bạn.
- Sau 24 - 48 giờ cần phải vệ sinh sạch răng miệng, súc miệng với nước súc miệng chuyên dụng.
- Nên ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ nuốt như súp, sinh tố, chuối nghiền,... và hạn chế nhai mạch khu vực nhổ răng, tránh những đồ ăn có tính acid, cay, nóng và đồ ăn cứng vì có thể khiến vết thương lâu lành.

4.2.2. Những điều không nên làm sau khi thực hiện nhổ răng

- Bạn không nên đánh răng trong vòng 24 giờ hoặc súc miệng liên tục và mạnh sau khi thực hiện thủ thuật nhổ răng vì như vậy sẽ khiến cục máu đông bị vỡ.
 - Sau khi nhổ bạn luôn cảm thấy vương vãi nên hay có hành động lấy tay hoặc lưỡi chạm vào khu vực nhổ răng. Bạn cần tránh những hành động trên vì có thể khiến máu chảy nhiều hơn hoặc bị nhiễm trùng vết thương.
 - Không nên tập thể dục với cường độ cao hoặc làm công việc gây mệt sức.
 - Trong những ngày đầu nhổ răng bạn không nên sử dụng các chất kích thích như bia, rượu, đồ uống có gas hay hút thuốc.
 - Tiếp xúc trực tiếp nên vùng vết thương bằng đá hoặc nước lạnh để làm giảm sưng đau.
 - Khạc nhổ hoặc ngậm nước muối ngay sau khi nhổ răng.
 - Đặc biệt không được dùng ống hút, dùng lực mạnh ở khu vực cơ miệng hoặc nhai kẹo cao su./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Mầm răng khôn được hình thành vào lúc:

- A. Tháng thứ 3-5 thai kỳ
- B. tháng thứ 9 sau sinh
- C. Lúc 4 tuổi
- D. Lúc 18 tuổi

Câu 2. Tai biến thường gặp trong răng khôn là:

- A. Viêm tấy vùng mặt
- B. Viêm quanh chân răng
- C. Nha chu viêm
- D. Viêm quanh thân răng

Câu 3. Tai biến viêm nhiễm lúc mọc răng đáng lo ngại nhất khi:

- A. Răng sữa đầu tiên mọc lên
- B. Răng vĩnh viễn đầu tiên mọc lên
- C. Mọc răng thừa
- D. Mọc răng khôn

Câu 4. Những yếu tố nào sau đây không ảnh hưởng đến sự mọc răng?

- A. giới tính
- B. Dinh dưỡng
- C. chiều cao, cân nặng
- D. Loại thức ăn cứng hoặc mềm

Câu 5. Xương hàm hẹp gây ảnh hưởng đến sự mọc răng:

- A. Răng mọc sớm
- B. Răng mọc muộn và chen chúc
- C. Răng mọc muộn và thưa
- D. Thiếu mầm răng

BÀI 19: CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG SỮA VÀ RĂNG VĨNH VIỄN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định nhổ răng vĩnh viễn.

1.2. Trình bày được chỉ định nhổ răng sữa.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi thăm khám răng, người thầy thuốc phải biết và trả lời được câu hỏi: có cần nhổ răng hay không? qua đó việc biết và áp dụng những chỉ định và chống chỉ định nhổ răng một cách linh hoạt phù hợp với từng bệnh nhân là điều hết sức quan trọng. Những chỉ định và chống chỉ định này chỉ mang tính tương đối.

Việc quyết định nhổ răng cho người bệnh phải dựa vào những điểm cơ bản sau:

- Tình trạng bệnh lý của răng.
- Tình trạng sức khỏe chung của người bệnh.
- Khả năng của thầy thuốc, trang thiết bị, dụng cụ và cơ sở vật chất khác.

2. CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

2.1. Đối với răng sữa

- Răng lung lay đến tuổi thay
- Răng sâu có biến chứng điều trị nhiều lần không có kết quả.
- Nhổ những răng sữa mà những răng này cản trở đến việc mọc răng vĩnh viễn.

2.2. Đối với răng vĩnh viễn

- Răng không còn chức năng ăn nhai. Ví dụ: răng vỡ 2/3 thân, chỉ còn chân, răng bị lung lay quá nhiều

- Răng bị viêm nhiễm mãn tính, đã điều trị nhiều lần hay (bằng phương pháp bảo tồn phẫu thuật) mà không có kết quả.

- Răng gây ra biến chứng viêm tại chỗ như: viêm xương, viêm mô tế bào, viêm xoang hàm.

- Răng mọc lệch, mọc ngầm gây biến chứng.

- Nhổ những răng bệnh lý, mà những răng này sẽ nằm trên đường đi của tia xạ trong việc điều trị một khối u nào đó vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

- Chưa nhổ răng cho những người đang bị các bệnh toàn thân hoặc tại chỗ cấp tính.

- Chưa nhổ răng cho những phụ nữ có thai, đang có kinh nguyệt hoặc đang cho con bú.

- Chưa nhổ những răng mọc lệch lạc mà chưa hề gây ra biến chứng nào và không có yêu cầu của chính nha.

- Không được nhổ răng trong thời gian bệnh nhân đang điều trị tia xạ 1 bệnh nào đó ở vùng hàm mặt.

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN VÀ DỤNG CỤ

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- *Tinh thần*: giải thích cho người bệnh biết được mục đích và lợi nhỏ răng, các thay đổi sau nhổ răng. Trả lời các thắc mắc trong phạm vi cho phép.

- *Thể chất người bệnh*: hỏi xem bệnh nhân đã ăn chưa? Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, các xét nghiệm đông máu. Đặc biệt chú ý những bệnh nhân bị cao huyết áp, bệnh tim mạch, phụ nữ có thai, đang trong chu kỳ kinh nguyệt và cho con bú, người bệnh đang điều trị tia xạ, bệnh đái tháo đường.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ

Bông gạc, thuốc sát trùng, gậy tê, thuốc cầm máu, thuốc tê, xilanh gậy tê, kim, bẫy.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU NHỔ RĂNG

Nhổ răng là 1 tiểu phẫu thuật, nếu không chú ý sẽ xảy ra các biến chứng đáng tiếc trước, trong và đặc biệt là các biến chứng sau nhổ răng. Tùy theo răng nhổ dễ hay khó và sức khỏe người bệnh mà giữ người bệnh lại từ 10 - 30 phút để theo dõi. Trước khi về dặn dò bệnh nhân:

- Cắn chặt gạc 30 phút để cầm máu, không nên giữ gạc lâu quá 1 giờ.
- Không nên mút chíp miệng và nhổ nước bọt nhiều lần.
- Tránh ăn nhai mạnh vào vùng răng mới nhổ.
- Ngậm nước muối nhạt, ấm
- Dùng thuốc theo đơn đã kê

6. CÁC TAI BIẾN THƯỜNG GẶP VÀ CÁCH XỬ TRÍ

6.1. Ngất xỉu: là một trạng thái mất tri giác một phần hay toàn bộ tạm thời do thiếu oxy trong não.

* Nguyên nhân

- Bệnh nhân mệt mỏi, đau đớn, sợ hãi.

* Biểu hiện

- Vẻ mặt hốt hoảng, lo sợ.
- Toát mồ hôi, da tái xanh, mạch nhỏ không đều, nhịp thở chậm lại.
- Bệnh nhân ngất đi

* Xử trí

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi thoáng khí và ấm.
- Nói rộng quần áo.
- Xoa cồn vào thái dương, trán, hai bên cổ.
- Tiêm thuốc hồi sức và trợ tim: Coramin 1 ống 5ml tiêm dưới da.

5.2. Chảy máu kéo dài sau nhổ

* Nguyên nhân

- Bệnh nhân bị mắc các bệnh về máu, cao huyết áp.
- Rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều.
- Còn sót lại chân răng hoặc u hạt ở cuống răng đã nhổ.

*** Xử trí**

- Thăm khám cẩn thận, tỉ mỉ để phát hiện nguyên nhân gây chảy máu kéo dài, rồi xử trí theo nguyên nhân.

- Nếu rách nát phần mềm và vỡ xương ổ răng nhiều thì rửa sạch ổ răng bằng nước muối sinh lý và nước ôxy già rồi khâu phục hồi phần mềm, nạo sạch mảnh xương vụn, sau đó cho bệnh nhân cắn chặt gạc trong 15 phút.

- Nếu còn sót u hạt và chân răng: rửa sạch ổ răng rồi nạo sạch tổ chức viêm và chân răng sót và cho cắn gạc theo dõi.

- Nếu do bệnh nhân bị mắc các bệnh về máu, bệnh cao huyết áp thì nhét 1 miếng gelaspon vào trong ổ răng rồi cùng chuyên khoa huyết học xác định yếu tố đông máu và điều trị theo chẩn đoán.

6.3. Nhiễm trùng xương ổ răng sau mổ

*** Nguyên nhân**

- Vệ sinh hốc miệng sau nhổ răng chưa tốt
- Rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều do nhổ răng khó
- Do dụng cụ và người thầy thuốc không đảm bảo vô trùng trước khi nhổ răng

*** Hình thái lâm sàng: có 2 hình thái**

	Viêm khô	Viêm ổ răng có mũ
Bản chất	- Do rối loạn vận mạch việc nuôi dưỡng ổ răng sau nhổ không tốt	- Do nhiễm trùng
Dấu hiệu lâm sàng	- Cơ năng: đau nhức ổ răng. - Thực thể: ổ răng khô không có dịch, xương ổ răng màu trắng xám, lợi không có dấu hiệu viêm	- Cơ năng: sốt, đau nhức ổ răng, người mệt mỏi - Thực thể: huyết ổ răng có nhiều dịch rỉ viêm hoặc mũ, lợi xung quanh sưng nề đỏ
Xử trí	Tuyệt đối không cần nạo ổ răng chỉ cần rửa sạch ổ răng bằng dung dịch nước muối sinh lý ấm. Sau đó lau khô, hướng dẫn vệ sinh răng miệng và xoa nắn lợi để phục hồi vận mạch	Gây tê tại chỗ, nạo sạch huyết ổ răng, rửa sạch ổ răng bằng nước muối sinh lý và nước oxy già. Sau đó dùng thuốc kháng sinh, giảm viêm, giảm đau.

6.4. Rơi răng vào khí quản hoặc thực quản

*** Nguyên nhân**

- Do thầy thuốc kẹp răng không chặt.
- Tư thế bệnh nhân khi nhổ răng không đúng.

*** Xử trí**

- Nếu răng rơi vào thực quản thì nên để nguyên và theo dõi. Có tác giả khuyên bệnh nhân nên ăn nhiều chất xơ để định vị răng và lôi cuốn răng ra ngoài theo phân.

- Nếu răng rơi vào thực quản thì đây là một tai nạn nghiêm trọng, cần nhanh chóng cấp cứu cho người bệnh. Người bệnh nghẹt thở, khó thở, ho dữ dội, việc xử trí không đúng và không kịp thời sẽ có thể làm bệnh nhân tử vong. Cho bệnh nhân thở oxy và tiêm thuốc chống co thắt như Atropin 0,25mg tiêm dưới da sau đó mở khí quản rồi chuyển ngay người bệnh lên chuyên khoa tai mũi họng để gấp dị vật (có hỗ trợ hô hấp trên đường vận chuyển).

6.5. Tai biến làm hại răng

6.5.1. Gãy vỡ khám răng

*** Nguyên nhân**

Do tổn thương răng quá lớn, răng đã điều trị nhiều lần

Do bệnh nhân giãy giụa, gạt tay người thầy thuốc khi đang làm thủ thuật.

Do thầy thuốc nhổ răng thô bạo, không đúng phương pháp.

*** Xử trí**

- Về nguyên tắc phải lấy chân răng ra khỏi xương hàm.

- Nếu tiên lượng dễ thì dùng kìm, bẫy để lấy chân răng căn cứ vào tổn thương răng và X-quang.

- Nếu tiên lượng khó thì phải phẫu thuật bộc lộ xương ổ răng để lấy chân răng.

6.5.2. Làm lung lay răng bên cạnh

*** Nguyên nhân:** do dùng kìm bẫy không đúng phương pháp.

*** Xử trí**

- Nếu răng lung lay còn nằm trong ổ răng, thì có thể cố định răng này bằng chỉ thép với các răng bên cạnh. Khuyến bệnh nhân tránh ăn nhai vào vùng răng bị tổn thương và theo dõi tủy răng còn sống hay chết để điều trị kịp thời

- Nếu răng rơi ra khỏi ổ thì cần phải cắm lại răng vào ổ rồi cố định bằng chỉ thép với các răng bên cạnh rồi điều trị tủy răng.

6.5.3. Nhổ nhầm răng

*** Nguyên nhân**

- Do thầy thuốc không cẩn thận hoặc tìm không đúng răng bệnh lý

*** Xử trí:** Cần nói cho bệnh nhân làm thủ thuật cấy lại răng vào ổ rồi cố định bằng chỉ thép với các răng bên cạnh rồi điều trị tủy răng nếu có các điều kiện sau:

- Răng nhổ ra còn nguyên vẹn

- Xương ổ răng không bị vỡ, tổ chức phân mềm lành lặn

- Bệnh nhân khỏe mạnh

- Nhổ nhầm răng vĩnh viễn

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Việc quyết định nhổ răng hay giữ răng cho người bệnh phụ thuộc vào:

A. Tình trạng bệnh lý của răng

B. Tình trạng sức khỏe chung của người bệnh

C. Khả năng chuyên môn của thầy thuốc

D. Cả 3 yếu tố trên

Câu 2. Răng vĩnh viễn được nhổ trong trường hợp nào dưới đây?

- A. Răng có lợi xung quanh bị viêm B. Răng bị sâu ngà sâu
C. Răng khôn mọc lệch D. Răng không còn chức năng ăn nhai

Câu 3. Sau khi nhổ răng thường gặp các biến chứng nào sau đây?

- A. Chảy máu ổ răng B. Chảy máu mũi C. Viêm họng D. Rối loạn thần kinh

Câu 4. Thời gian cầm bông hoặc gạc sau nhổ răng là:

- A. 15 phút B. 20 phút C. 25 phút D. 30 phút

BÀI 20. VỆ SINH PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các biện pháp dự phòng bệnh răng miệng.

1.2. Trình bày các phương pháp đánh răng Bass cải tiến

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chăm sóc răng miệng ban đầu (CSRMBĐ) là những hoạt động để giúp đỡ, giữ gìn và tái lập sức khỏe răng miệng cho một cộng đồng.

- CSRMBĐ nằm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Có thể coi bệnh lý răng miệng là một bệnh xã hội vì có nhiều người mắc ở mọi lứa tuổi, mọi tầng lớp. Ví dụ: 6 tháng tuổi đã có thể có biến chứng mọc răng, 1 - 2 tuổi đã có thể bị sâu răng.

- Để giải quyết bệnh lý răng miệng cần phải có nhiều nhân viên y tế, chi phí cao và trang thiết bị đắt tiền.

- Tuy nhiên bệnh lý răng miệng có thể phòng tránh được. Rất nhiều nước đã tiến hành các biện pháp CSRMBĐ và đã đạt được kết quả khả quan làm giảm tỷ lệ sâu răng, viêm lợi và viêm quanh răng.

2. PHÒNG BỆNH

2.1. Giáo dục nha khoa

- *Khái niệm:* Giáo dục nha khoa là thông tin cho mỗi cá nhân và tập thể biết vai trò của sức khỏe răng miệng đối với sức khỏe toàn thân, những biện pháp giữ gìn vệ sinh răng miệng và cách đề phòng các bệnh răng miệng nhằm động viên các cá nhân và tập thể thực hiện những điều họ ghi nhận được và biến nó thành thói quen hằng ngày.

- *Giáo dục nha khoa gồm:*

+ Giáo dục chải răng đúng phương pháp.

+ Giáo dục sử dụng chỉ tơ nha khoa thay tăm.

+ Hướng dẫn tự kiểm tra răng lợi hàng ngày và chủ động đi khám nếu thấy nghi ngờ

+ Hạn chế ăn vặt, đặc biệt thức ăn có đường như kẹo bánh trong ngày, nhất là buổi tối trước khi đi ngủ.

+ Không nghiện thuốc lá, rượu, tràu thuốc.

+ Khám và lấy cao răng định kỳ 6 tháng một lần.

+ Hướng dẫn chế độ ăn và vệ sinh răng miệng cho phụ nữ có thai, sau đẻ trẻ sơ sinh và sau mọc răng sữa.

- *Hình thức giáo dục*

+ Tổ chức các chiến dịch vận động chăm sóc sức khỏe răng miệng.

+ Sử dụng các phương tiện truyền thông đại chúng, dán áp phích, phát tờ rơi hoặc tổ chức các buổi nói chuyện.

+ Giáo dục lồng ghép ở mọi lúc, mọi nơi như ở các phòng khám, trường học,....

2.2. Hoạt động phòng bệnh

Hướng dẫn các biện pháp để ngăn ngừa sự xuất hiện và phát triển của các bệnh răng miệng (được trình bày ở các phần sau). Phát hiện được các biểu hiện của HIV/AIDS tại vùng miệng và hàm mặt.

2.3. Hoạt động điều trị

- Phát hiện sớm các bệnh răng miệng.
- Ngăn ngừa bệnh nặng lên.
- Điều trị sớm các tổn thương do bệnh gây ra để lập lại hiệu quả chức năng hệ thống răng miệng.

3. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG

3.1. Phòng bệnh sâu răng

Dựa trên cơ sở biết được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của sâu răng, khoa học đã đưa ra các biện pháp dự phòng dựa trên các hướng như sau:

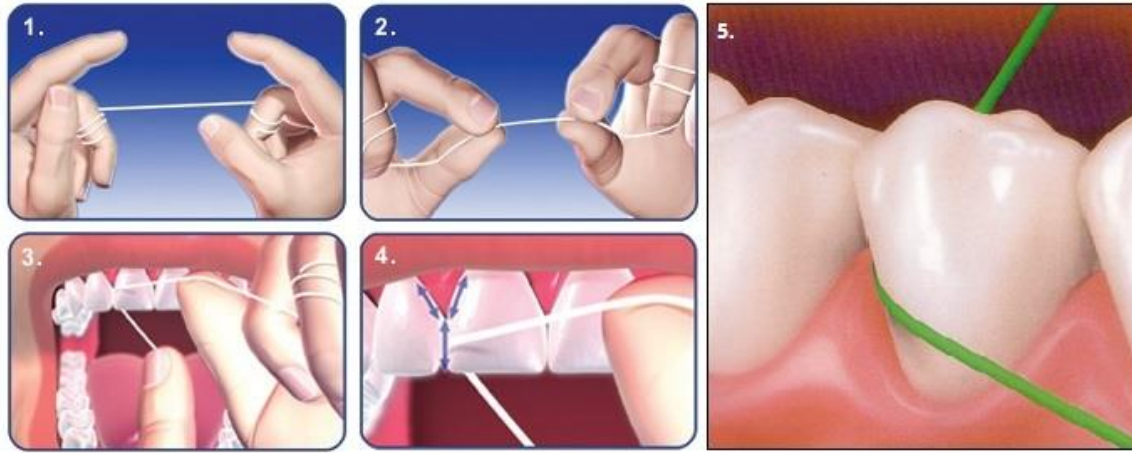
3.1.1. Giảm mảng bám vi khuẩn

- Phương pháp cơ học:
 - + Chải răng đúng lúc, đúng kỹ thuật.
- + Sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng.



Hình. Phương pháp chải răng

- 1: Chải mặt ngoài, 2: Chải mặt trong, 3: Chải mặt nhai
4: Chải mặt trong răng cửa, 5: Chải lưỡi.



Hình. Cách sử dụng chỉ tơ nha khoa

- Phương pháp hóa học: sử dụng các dung dịch súc miệng có tính chất sát khuẩn như nước muối nhạt, Clorhexidin 1%, Givalex,....
- Phương pháp sinh học: dùng vaccin phòng sâu răng (đã được tìm ra và có khả năng được triển khai trong vài năm tới).

3.1.2. Tăng cường độ cứng chắc của răng bằng sử dụng fluor

3.1.2.1. Tác dụng của fluor

- Tăng cường độ cứng chắc của men răng do: Fluor + Hydroxy apatit → Fluor apatit.
 - Kháng khuẩn và ức chế hoạt động chuyển hóa đường của vi khuẩn → giảm sinh acid, do đó làm giảm sâu răng.
- Tạo điều kiện cho các tổn thương sâu răng mới có khả năng tái khoáng và hồi phục.

3.1.2.2. Cách sử dụng

- Toàn thân: tác dụng với cả răng hình thành và răng đã mọc.
 - + Fluor hóa nước cộng đồng: cho fluor và nước máy.
 - + Fluor hóa nước ở trường học: áp dụng cho những nơi chưa có hệ thống nước máy.
 - + Fluor hóa muối ăn.
 - Viên Fluor: dùng cho trẻ nhỏ hơn 16 tuổi ở những vùng có nồng độ fluor trong nước thấp.

Bảng. Sử dụng hỗ trợ fluor

Tuổi	Nồng độ fluor trong nước (phần triệu)		
	< 0,3	0,3 - 0,6	> 0,6
Sơ sinh - 6 tháng	0	0	0
6 tháng - 3 tuổi	Giọt 0,25mg	0	0
3 - 6 tuổi	Giọt hay viên 0,5mg	0,25mg	0
6 - 12 tuổi	1mg	0,5mg	0

3.1.2.3. Tại chỗ: chỉ tác dụng với các răng đã mọc.

- Kem chải răng có fluor: là biện pháp đơn giản, rẻ tiền và hiệu quả.
- Súc miệng dung dịch fluor 0,2% tuần 1 lần.

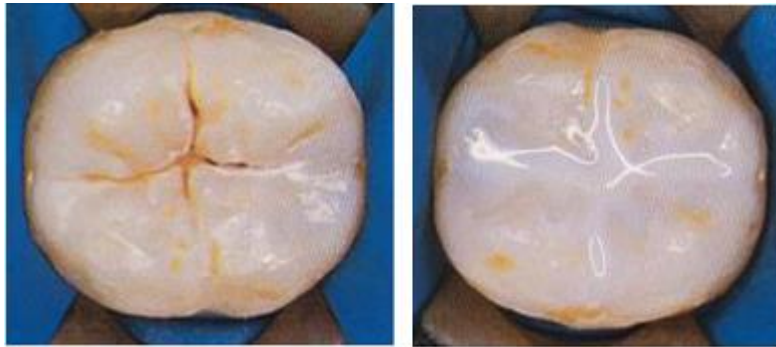
- Thuốc bôi lên răng có fluor: do nha sĩ làm định kỳ 6 tháng 1 lần.

3.1.3. Quản lý và kiểm soát chế độ ăn

- Hướng dẫn chế độ ăn cân bằng và hợp lý.
- Giảm số lần ăn vặt đặc biệt thức ăn có đường, nhất là trước khi đi ngủ.
- Ăn nhiều chất xơ như rau, dưa,... vào cuối bữa ăn.
- Phụ nữ có thai và cho con bú cần ăn uống đủ chất, tránh kiêng khem không đúng cách.
- Sau mỗi bữa ăn phải vệ sinh răng miệng.

3.1.4. Trám bít hố rãnh

- Là biện pháp tốt nhất để phòng sâu răng ở hố rãnh.
- Làm ngừng sâu răng mới chớm phát triển ở hố rãnh.
- Sử dụng nhựa tổng hợp để trám (hóa hoặc quang trùng hợp).



Hình. Trám bít hố rãnh dự phòng

3.2. Phòng bệnh vùng quanh răng

3.2.1. Giảm mảng bám vi khuẩn

- Lấy sạch cao răng và mảng bám răng.
- Chải răng đúng phương pháp.
- Sử dụng chỉ tơ nha khoa thay tăm để làm sạch kẽ răng hoặc dùng bàn chải kẽ răng.
- Làm mất các mảng bám răng như hàn lỗ sâu sai kỹ thuật, cầu chụp răng làm không đúng quy cách.



Hình. Bàn chải kẽ răng

3.2.2. Sửa chữa và làm giảm các yếu tố gây sang chấn

- Nắn chỉnh răng mọc lệch lạc.
- Mài chỉnh các điểm sang chấn.

3.2.3. Nhổ hoặc cố định các răng lung lay

- Nếu răng lung lay độ 1 và 2 thì cố định bằng chỉ thép hoặc nẹp,....
- Nếu răng lung lay độ 3 và 4 thì nên nhổ bỏ.

3.3. Phòng các bệnh ung thư vùng miệng

3.3.1. Đặc điểm

- Chiếm tỷ lệ cao trong các loại ung thư.
- Gặp chủ yếu ở lứa tuổi trung niên, người nghiện rượu, trầu thuốc và thuốc lá.
- Di căn nhanh do vùng miệng có nhiều mạch máu và bạch mạch.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể khỏi với tỷ lệ cao.

3.3.2. Phòng bệnh

- Tuyên truyền cho nhân dân những hiểu biết thông thường về ung thư vùng miệng.
- Giải thích tác hại của rượu, trầu thuốc, thuốc lá đối với niêm mạc miệng.
- Hướng dẫn tự kiểm tra vùng miệng thường xuyên và đi khám nếu thấy có các bất thường được nêu ở phía dưới.

3.3.3. Phát hiện sớm tổn thương nghi ngờ ung thư

- Các tổn thương nghi ngờ ung thư miệng bao gồm:
 - + Loét niêm mạc miệng trên 10 ngày.
 - + Bạch sản.



Hình. Bạch sản

- + Sùi loét ổ răng sau nhổ răng.
- + Nốt sần tổ phát triển nhanh và ngứa.
 - Phát hiện bằng cách nhuộm tế bào:
 - + Kỹ thuật: rửa tổn thương bằng dung dịch Acid acetic 1% hoặc nước sạch; sau đó bôi dung dịch xanh Toluidine 1% và chờ trong thời gian từ 10 giây đến 1 phút rồi rửa lại vết thương bằng dung dịch Acid acetic 1% hoặc bằng nước sạch.
- + Đánh giá: nếu tổn thương bắt màu xanh nhạt hoặc không bắt màu xanh là âm tính. Nếu bắt màu xanh sẫm là dương tính cần phải hướng dẫn người bệnh lên tuyến trên để kiểm tra phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời.

- Phát hiện bằng phương pháp tế bào học: là phương pháp đơn giản có thể thực hiện được ở các phòng khám và cho hướng chẩn đoán nhanh:

+ Kỹ thuật: dùng cây hàn thìa hoặc đũa lưỡi bằng gỗ nạo tổn thương nghi ngờ ung thư sau đó phết lên lam kính sạch, rải mỏng; cố định bằng cách để khô hoặc bằng cồn.

+ Đánh giá: gửi mẫu đến phòng xét nghiệm tổ chức học để đọc kết quả.

3.4. Phát hiện được các biểu hiện của HIV/AIDS tại vùng miệng và hàm mặt

Những biểu hiện của vùng quanh răng (nha chu) đã được biết là những tín hiệu của suy giảm miễn dịch và của sự tiến triển bệnh nhiễm HIV. Chính vì thế, nhận biết sớm những biểu hiện của bệnh viêm quanh răng có ý nghĩa quan trọng trong việc tác động đến công việc chăm sóc và điều trị cho từng bệnh nhân nhiễm HIV. Biểu hiện lâm sàng của những tổn thương này có những điểm hoại tử khu trú tại nhú lợi hoặc nặng hơn là hoại tử toàn bộ lợi dính kèm theo răng lung lay, mảnh xương thối từng phần mào xương ổ răng, trầm trọng hơn là hoại tử xương nhiều và cả các mô nâng đỡ để lại những hốc sâu. Miệng người bệnh rất hôi thối, đây cũng là một dấu hiệu đặc trưng. Chảy máu tự phát cũng là dấu hiệu thường gặp ở những người bệnh này.

Người bệnh HIV/AIDS có kèm theo các biểu hiện trên thường ít đáp ứng với lấy cao răng, hoặc vệ sinh răng miệng. Metronidazol thường có hiệu quả trong những trường hợp này, tuy nhiên việc sử dụng các loại kháng sinh khác cần thận trọng vì khả năng đáp ứng kháng sinh hạn chế.

4. CÁC HOẠT ĐỘNG ĐIỀU TRỊ

- Quản lý tình trạng sức khỏe răng miệng.
- Khám định kỳ phát hiện sớm bệnh lý răng miệng để điều trị kịp thời.
- Lấy cao răng định kỳ.
- Nhổ các răng lung lay và đến tuổi thay.
- Điều trị răng sâu ngà.
- Sơ cứu kỳ đầu các trường hợp cấp cứu thông thường bệnh lý răng miệng và hàm mặt.

5. CÔNG TÁC CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU Ở CƠ SỞ NHA HỌC ĐƯỜNG

5.1. Lý do thực hiện công tác nha học đường

- Nước ta trẻ em dưới 15 tuổi chiếm khoảng 45% dân số và hầu hết đều đi học.
- Chăm sóc răng miệng cho trẻ em ở trường học thuận lợi hơn ở bệnh viện vì trẻ và gia đình đỡ mất thời gian đi lại, mặt khác lại dựa vào uy tín của thầy cô giáo và ý thức tập thể của học sinh để các em đỡ sợ hãi.

5.2. Nội dung công tác nha học đường

5.2.1. Giáo dục nha khoa

- Mẫu giáo, tiểu học: hướng dẫn chải răng, nâng cao ý thức giữ gìn sức khỏe răng miệng.
- Phổ thông cơ sở: đưa vào chương trình chính khóa các bài giảng hướng dẫn phòng bệnh răng miệng; giáo dục ý thức tự giác chăm sóc răng miệng cho các em.

5.2.2. Phòng bệnh

- Chải răng sau bữa ăn tại trường học.
- Trám bít hố rãnh trên bề mặt răng.
- Súc miệng dung dịch fluor 0,2% một tuần một lần, ngậm trong miệng từ 3 - 5 phút sau đó nhổ đi. Sau súc miệng trong thời gian 30 phút không được ăn uống gì.

5.2.3. Điều trị

- Khám định kỳ để phát hiện sớm.
- Lấy cao răng.
- Nhổ các răng sữa đến tuổi thay.
- Hàn các răng mới chớm sâu.

5.2.4. Các hình thức công tác nha học đường

- Dạng lưu động: là hình thức cử cán bộ mang theo dụng cụ và các phương tiện xuống trường học để thực hiện 1 - 3 nội dung trên.
- Dạng cụm trường: trang thiết bị và thuốc để ở một trường: cán bộ nha học đường có thể chăm sóc cho học sinh ở trường đó và 1 - 2 trường lân cận.
- Phòng nha học đường: là hình thức tốt nhất, mỗi trường học được trang bị máy móc, dụng cụ, thuốc và có cán bộ để thực hiện cả 3 nội dung trên.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nên đánh răng mấy lần trong ngày là tốt nhất?

- A. 2 lần
- B. 3 lần
- C. 4 lần
- D. Càng nhiều càng tốt

Câu 2. Sau khi ăn xong, nên đánh răng vào lúc nào?

- A. Ngay lập tức
- B. Sau 10 phút
- C. Sau 30 phút
- D. Sau một tiếng đồng hồ

Câu 3. Bao lâu nên cạo vôi răng một lần?

- A. 3 tháng
- B. 6 tháng
- C. Một năm
- D. 2 năm

Câu 4. Khi nào nên bắt đầu đánh răng cho trẻ?

- A. Dưới một tuổi
- B. Từ một đến 3 tuổi
- C. Từ 3 đến 6 tuổi
- D. Trên 6 tuổi

Câu 5. Ăn đường gây sâu răng phụ thuộc vào yếu tố nào sau đây?

- A. Loại đường
- B. Ăn nhiều đường
- C. Thời gian đường bám dính trên răng
- D. Ăn nhiều lần

BÀI 21. VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được một số bệnh viêm niêm mạc miệng.

1.2. Mô tả được triệu chứng và hướng xử trí ban đầu viêm niêm mạc miệng.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận biết được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra bệnh viêm loét niêm mạc miệng. Trong đó bao gồm các nguyên nhân chính sau đây:

1.1. Loét niêm mạc miệng do chấn thương

- Những trường hợp bỏng nhiệt do thức ăn quá nóng, miệng bị tổn thương thường gặp ở vòm miệng, cung răng hàm trên.

- Người bệnh bị té, ngã, bị đánh.

- Lỗi khi thực hiện các thủ thuật nha khoa như: trám, hàn răng, nhổ răng, lắp răng giả bị hở, răng bị mẻ, gãy,....

- Trẻ em bị tổn thương do va chạm với các vật nhọn như: que kem, bút, đũa,....

- Sự tác động của các chất hóa học như: acid, nước vôi, nước súc miệng quá đậm đặc, sử dụng kem đánh răng chưa súc miệng kỹ,....

1.2. Loét niêm mạc miệng do nhiễm khuẩn

Theo nghiên cứu, có rất nhiều vi khuẩn gây ra viêm loét lợi răng và hoại tử cấp tính quanh ổ răng. Bệnh thường gặp ở những đối tượng thiếu dinh dưỡng, sức đề kháng kém, người bị mệt mỏi và suy nhược cơ thể, người hút thuốc và vệ sinh răng miệng kém.



Viêm loét niêm mạc miệng sẽ khiến người bệnh bị hôi miệng, gây đau đớn và khó khăn cho người bệnh khi ăn uống và sinh hoạt.

1.3. Người bệnh nhiễm virus

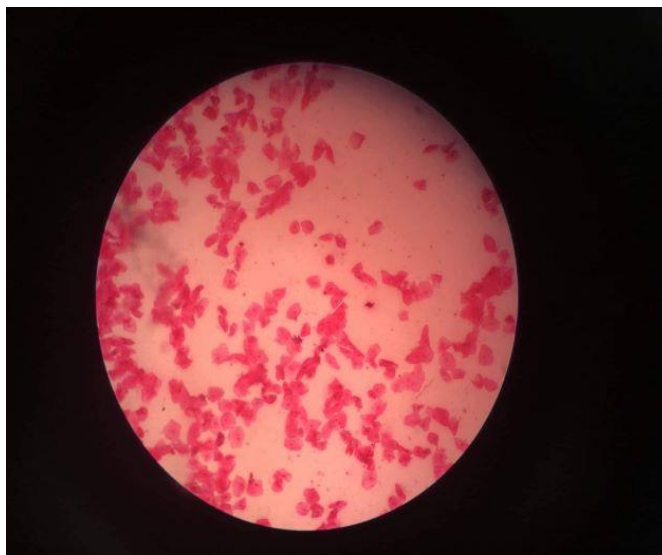
- Virus Herpes: Đây là nguyên nhân gây bệnh niêm mạc vùng miệng, bệnh có các triệu chứng như: mụn nước lan rộng tạo thành vết loét. Bệnh thường gặp ở môi, mép,... với các dấu hiệu dễ nhận biết như: sốt, viêm họng, nổi hạch, đau vị trí mọc mụn nước,...

- Virus Varicella Zoster: Virus này thường gặp ở bệnh thủy đậu. Bệnh gây viêm loét, mụn nước ở niêm mạc vùng miệng. Virus Varicella Zoster tiềm ẩn trong mô thần kinh và gây ra hiện tượng phát ban da và gây ảnh hưởng nhánh dây thần kinh số 5 gây ra hiện tượng loét miệng.

- Virus Coxsackie: đây là nguyên nhân gây ra mụn nước ở vòm miệng, má, lưỡi, họng và gây ra bệnh chân - tay - miệng ở trẻ nhỏ. Các mụn nước khi vỡ sẽ gây tổn thương, tạo thành vết loét, gặp ở niêm mạc miệng, lưỡi gà đặc biệt là khẩu cái, lưỡi, niêm mạc má.

- Virus Rubella: nguyên nhân gây ra bệnh sởi. Bệnh thường biểu hiện với các nốt hồng ban nhỏ ở niêm mạc má và xuất hiện từ 1 - 2 ngày trước khi xuất hiện toàn thân.

Bên cạnh các yếu tố trên thì loét niêm mạc ở miệng còn bị ảnh hưởng bởi nội tiết tố; yếu tố di truyền; yếu tố bên ngoài như: dị ứng thức ăn, các thành phần của thuốc chữa bệnh; người thiếu sắt, bệnh tự miễn,...



Hình ảnh tế bào niêm mạc miệng

2. NHỮNG DẤU HIỆU CỦA VIÊM LOÉT NIÊM MẠC MIỆNG

Khi bị loét niêm mạc vùng miệng, người bệnh có thể nắm được nguyên nhân nhưng cũng có khi không biết được nguyên nhân chính xác.

Người bệnh thường cảm thấy xuất hiện các vết loét kèm theo các dấu hiệu và triệu chứng như: miệng sưng, nóng, đỏ và đau; các vết lở và loét gây ra cảm giác đau, khó chịu nhất là khi ăn uống, nhai nuốt thức ăn; abscess dưới lưỡi, niêm mạc. Những tổn thương viêm loét cũng rất đa dạng và ở các mức độ khác nhau:

- Loét niêm mạc vùng miệng ở dạng aphthe nhỏ: đây là tình trạng hay gặp nhất và chiếm khoảng 80%. Bệnh thường xuất hiện một vài vết loét đường kính nhỏ dưới 1cm, nông, nằm rời rạc hoặc thành đám, có thể tự lành từ 7 - 14 ngày và không để lại sẹo.

- Viêm loét aphthe dạng lớn: Bệnh còn có tên gọi khác là Sutton hoặc hoại tử niêm mạc tái phát có viêm ngoại biên, bệnh chiếm khoảng 10%. Người bệnh thường có vết loét với kích thước lớn hơn 1cm và gồm nhiều vết loét, bệnh có thể kéo dài nhiều tuần và để lại sẹo với diện tích rộng.

- Viêm loét dạng Herpes nhưng không liên quan đến virus Herpes, số lượng vết loét nhiều, có thể từ 10 lên đến 100 vết, tổn thương thành chùm, các vết thương nhỏ có thể lan rộng và kết hợp thành các mảng lớn, bệnh có thể lành trong khoảng thời gian từ 7 - 30 ngày.

Dù ở các mức độ khác nhau, nhưng loét niêm mạc ở miệng đều có đặc điểm chung là có màu đỏ xung quanh, trung tâm có mảng màu vàng, gây cảm giác đau đớn trong 2 - 3 ngày đầu, bệnh sẽ giảm đau khi vết thương bắt đầu lành dần.



Loét niêm mạc miệng đều có đặc điểm chung là có màu đỏ xung quanh, trung tâm có mảng màu vàng, gây cảm giác đau đớn trong 2 - 3 ngày đầu

3. NHỮNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG

- Việc điều trị viêm loét niêm mạc vùng miệng chủ yếu là giảm đau vì đau là nguyên nhân khiến người bệnh cảm thấy khó chịu và mệt mỏi nhất. Thông thường, các trường hợp viêm nhẹ có thể tự khỏi sau từ 7 - 14 ngày.

- Tuy nhiên, với những trường hợp nặng và cần thiết, các sĩ có thể kê các đơn thuốc điều trị như: thuốc hạ sốt, dung dịch vệ sinh, súc miệng Hydrogen peroxide 1%; thuốc giảm đau tại chỗ; thuốc kháng viêm, sát khuẩn răng miệng; thuốc kháng virus; khi nhiễm khuẩn, bệnh nhân có thể được sử dụng thêm kháng sinh.

- Bên cạnh đó, người bệnh cũng có thể tự chăm sóc răng miệng đơn giản tại nhà bằng cách: duy trì lối sống lành mạnh, ngưng uống rượu bia, thuốc lá, café,....

- Hạn chế những thực phẩm cay, mặn, chát, nóng. Đặc biệt, khi ăn uống bị đau, người bệnh có thể dùng ống hút hoặc sử dụng những thực phẩm loãng như cháo, súp,....

- Khi đánh răng cần đặc biệt lưu ý tránh những khu vực bị đau, viêm loét để tránh gây tổn thương cho miệng, lưỡi do đánh răng.

- Khi có các biểu hiện như: viêm loét phát triển nhiều, lan rộng và to một cách bất thường; vết loét kéo dài quá 3 tuần không khỏi; dấu hiệu đau không thuyên giảm mặc dù đã uống thuốc giảm đau; người bệnh sốt cao kéo dài thì cần nhanh chóng tới bệnh viện để được thăm khám và điều trị.

- Để phòng viêm niêm mạc miệng, người bệnh cần chú ý vào những thực phẩm gây dị ứng, với những loại thuốc chữa bệnh gây dị ứng thuốc, người bệnh cũng cần ghi nhớ để tránh xa thì mới có thể tránh được viêm loét miệng do dị ứng thuốc gây ra.

- Bên cạnh đó, người bệnh cũng cần xây dựng chế độ ăn uống khoa học, đầy đủ dưỡng chất nhất là các loại thức ăn giàu vitamin C, PP, B₆, B₁₂ như: cam, bưởi, chanh, thịt cá, trứng, sữa để phòng viêm loét niêm mạc ở miệng do thiếu các loại vitamin này gây ra.



Khi có dấu hiệu của viêm niêm mạc, người bệnh cần nhanh chóng đến bệnh viện để thăm khám

Với những thông tin chúng tôi vừa chia sẻ ở trên đã hy vọng đã giúp các bạn hiểu rõ về bệnh viêm loét niêm mạc miệng cũng như nguyên nhân và cách điều trị, phòng tránh hiệu quả. Bệnh tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây ảnh hưởng lớn đến đời sống sinh hoạt của người bệnh. Do đó, khi có dấu hiệu của bệnh, cần nhanh chóng đến bệnh viện để được thăm khám và điều trị dứt điểm./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Các nguyên nhân viêm loét niêm mạc miệng do chấn thương, ngoại trừ:

- A. Thức ăn quá nóng
- B. Nhổ răng
- C. Suy dinh dưỡng,
- D. Răng bị mẻ, gãy

Câu 2. Nguyên nhân viêm loét niêm mạc miệng do nhiễm khuẩn:

- A. Nước súc miệng quá đậm đặc
- B. Lắp răng giả bị hở
- C. Nhổ răng
- D. Người hút thuốc và vệ sinh răng miệng kém

Câu 3. Các nguyên nhân viêm loét niêm mạc miệng do virus, ngoại trừ?

- A. Herpes
- B. *Corynebacterium diphtheriae*
- C. *Coxsackie*
- D. *Varicella Zoster*

Câu 4. Đặc điểm không có trong viêm loét miệng do aphte:

- A. Xuất hiện một vài vết loét đường kính nhỏ dưới 1cm
- B. Tự lành từ 7 đến 14 ngày
- C. Vết loét sâu, nằm rời rạc hoặc thành đám
- D. Không để lại sẹo

Câu 5. K niêm mạc miệng là một tổn thương:

- A. Lộ ra bên ngoài nên dễ nhận thấy
- B. Chìm trong tổ chức khó nhận thấy
- C. Không liên quan đến cơ quan tiêu hoá
- D. Không liên quan tới cơ quan lân cận

Chương 4: DA LIỄU

Bài 22: GIẢI PHẪU SINH LÝ DA

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được tổ chức học của da
- 1.2. Mô tả được sinh lý học của da

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc chăm sóc da

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của chăm sóc da trong cuộc sống hàng ngày.

NỘI DUNG

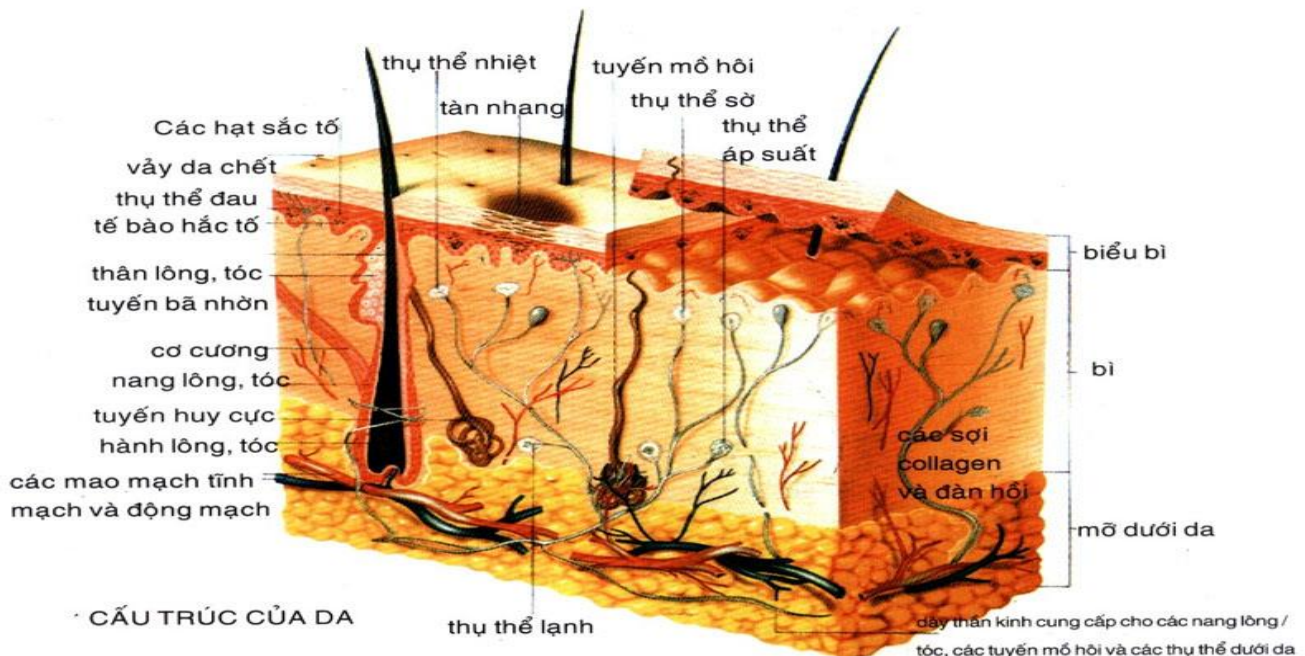
PHẦN 1: TỔ CHỨC HỌC CỦA DA

1. Thượng bì

Là cấu trúc tế bào không có mạch máu, mỏng nhất ở vùng mí mắt chừng dưới 0,1 mm và dày nhất ở lòng bàn tay, lòng bàn chân có thể đến 1,5 mm, gồm 4 lớp, từ trong ra ngoài có:

1.1. Lớp đáy hay còn gọi là lớp sinh sản

Gồm một hàng tế bào đứng trên màng đáy, thẳng góc với mặt da. Tế bào hình trụ hay hình vuông, ranh giới thường ít rõ, nhân hình bầu dục khá lớn, tế bào ưa chất kiềm. Nằm rải rác xen kẽ giữa tế bào đáy là những tế bào sáng có tua, đó là hắc tố bào, trung bình cách 10 tế bào đáy có một hắc tố bào.



Về mặt chức năng, lớp đáy có nhiệm vụ sinh sản những tế bào mới, thay thế những tế bào cũ đã bị phá hủy. Các hắc tố bào có nhiệm vụ sản xuất ra hắc tố (melanin). Sự hình thành sắc tố bị ảnh hưởng nhiều yếu tố chẳng hạn như kích thích thần kinh thực vật thì ức chế tiến trình này, trong khi đó tia cực tím, bức xạ ion, một vài chất hóa học thì kích thích các sinh tố nhất là sinh tố C đóng một vài trò quan trọng trong việc hình thành melanin.

1.2. Lớp gai (lớp Malpighi)

Là lớp dày nhất của thượng bì, có từ 5-12 hàng tế bào, ở các hàng dưới tế bào lớn hình đa giác có trục thẳng đứng, càng lên trên càng nhỏ lại hình thoi nằm song song với mặt da, tế bào chết ưa toan. Nối liền các tế bào có những cầu nối liên bào đi thẳng góc từ tế bào này sang tế bào kia làm cho lớp gai liên kết chặt chẽ với nhau. Dưới kính hiển vi điện tử, trong cầu nối có nguyên sinh chất và những sợi trương lực chạy qua, giữa các tế bào và khoảng không gian bào có chứa glyco-protein.

1.3. Lớp hạt

Có từ 2-4 lớp, tế bào dẹt hơn tế bào gai nằm song song với mặt da, nhân sáng hơn và có hiện tượng đang hư biến. Tế bào chứa nhiều hạt kerato-hyalin màu tím đậm. Những hạt này có lẽ bắt nguồn từ những sợi trương lực, một số ý kiến khác cho rằng nó là sản phẩm thoái hóa của nhân.

Lớp hạt này là lớp cuối cùng còn nhân và cầu nối, không có niêm mạc.

1.4. Lớp sừng

Là lớp ngoài cùng của thượng bì tiếp xúc trực tiếp với môi trường, gồm những tế bào dẹt không nhân, ưa toan, xếp thành những phiến mỏng chồng lên nhau.

Bình thường những tế bào sừng phía ngoài tách rời rồi tróc ra liên tục tạo nên những vảy nhỏ bám vào quần áo rồi lẫn vào mồ hôi chất bã. Như vậy thượng bì luôn luôn ở tình trạng sinh sản những tế bào mới ở lớp cơ bản, già cỗi ở lớp hạt, hư biến rồi bong ra ở lớp sừng.

2. Bì

Nằm giữa thượng bì và mô mỡ dưới da. Thượng bì và bì được ngăn cách nhau bởi màng đáy, rất mỏng, chừng 0,5 μm , ranh giới này không thẳng hàng mà là một đường gợn sóng. Phần bì nhô lên cao gọi là nhú bì, phần thượng bì lõm xuống gọi là mào thượng bì.

2.1. Mô bì

Có thể chia làm 2 phần: bì nhú và bì lưới

- Bì nhú còn gọi là bì nông tương ứng với những nhú bì và gồm nhiều tế bào, ít sợi. Các sợi này nhỏ và lỏng lẻo.

- Bì lưới gồm có bì giữa hay lớp đệm và bì sâu. Sợi ở đây thô to và nhiều xếp thành bó nằm song song với mặt da, tế bào có ít.

Thành phần cấu tạo:

Bì cấu tạo gồm 3 phần:

- Sợi: gồm có sợi keo, sợi đàn hồi, sợi lưới, chủ yếu là những sợi keo có hình dạng là những sợi thẳng không phân nhánh, xếp thành bó đan với nhau, cấu tạo bởi những chuỗi polypeptid. Sợi keo có thể bị phá hủy bởi men collagenase do vi khuẩn tiết ra. Còn sợi đàn hồi và sợi lưới thì có thể bắt nguồn từ sợi keo mà ra.

- Chất cơ bản: vô hình, nằm giữa các tế bào, sợi và những cấu trúc khác của bì. Đó là một mảng nhầy gồm tryptophan, tyrosin, mucopolysacharid, protein, hyaluronic acid. Nó bị phá hủy bởi trypsin.

- Tế bào:

+ Tế bào sợi hình thoi hoặc hình amib, có nhân to hình bầu dục, có tác dụng làm da lên sọc.

+ Mô bào hình thoi hoặc hình sao, nhân bé và đặc hơn, có thể biến thành thực bào, đại thực bào, đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ cơ thể.

+ Dưỡng bào có trong màng lưới nội mô bì và ở mạch máu, thần kinh, các tuyến mồ hôi, tuyến bã, nang lông.

2.2. Mạch máu

- Gồm động mạch nhỏ, tĩnh mạch nhỏ và mao mạch.
- Chúng xếp thành 2 hệ thống: hệ thống nông ở phần bì nhú và hệ thống sâu gần hạ bì. Hai hệ thống này thông với nhau và từ đó tỏa đi các nơi.
- Ở các ngón tay có những cấu trúc đặc biệt gọi là glomus. Đó là nơi động mạch nhỏ và tĩnh mạch nhỏ thông với nhau trực tiếp không qua mao mạch.
- Mạch máu phân bố nhiều ở mặt, môi, gan bàn tay, gan bàn chân, da vùng sinh dục và quanh hậu môn.

2.3. Mạch bạch huyết

Mạch bạch huyết có hai hệ thống nông và sâu, rất phong phú nhưng không thấy được với phương pháp nhuộm thông thường.

Sự phân bố thần kinh ở da bởi các thần kinh não tùy nhiều hơn là thực vật, có hai loại:

- Thần kinh cảm giác: tiếp nhận cảm giác sờ, áp, đau, nhiệt và ngứa.
- Thần kinh giao cảm: điều khiển các mạch máu, cơ nang lông, tuyến mồ hôi.

3. Các phần phụ của thượng bì

Gồm các tuyến mồ hôi, tuyến bã, lông, tóc và móng, có cùng nguồn gốc phôi học với thượng bì nhưng lại nằm ở lớp bì và bì sâu.

3.1. Tuyến mồ hôi nước

Có mặt ở hầu hết các phần của da ngoại trừ môi, qui đầu, mặt trong bao qui đầu, âm vật và môi nhỏ, có chừng 140-340 tuyến trên mỗi cm² da. Nhiều nhất là ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, trán và nách. Mỗi tuyến có 2 phần: phần tiết và phần ống dẫn. Phần tiết cuộn lại nằm ở nội bì sâu, rất hiếm ở lớp trên của hạ bì, cấu tạo bởi 2 lớp tế bào: tế bào nhỏ đậm và tế bào sáng hơn, viền quanh là lớp tế bào cơ biểu mô dẹt. Ống dẫn có 2 hàng tế bào nhỏ hình vuông, đi từ thân của tuyến và hướng lên trên thẳng góc với thượng bì và bị sừng hóa khi ra gần bề mặt da.

3.2. Tuyến mồ hôi nhờn

Tuyến này có nhiều ở vùng nách, mi mắt, ống tai ngoài, vú, chung quanh hậu môn, vùng gần xương mu, âm hộ, bìu, quanh rốn.

Phần tiết cũng nằm ở mô bì sâu hay phần trên hạ bì, cấu tạo bởi một hàng tế bào hình trụ. Khi tiết mồ hôi, các tế bào bài tiết bị hủy một phần. Tuyến mồ hôi nhờn to hơn tuyến mồ hôi nước và ống dẫn của nó cũng có 2 hàng tế bào và đổ thẳng vào nang lông, đoạn trên tuyến bã.

3.3. Tuyến bã

Nằm cạnh nang lông và thông với nang lông bằng ống tiết.

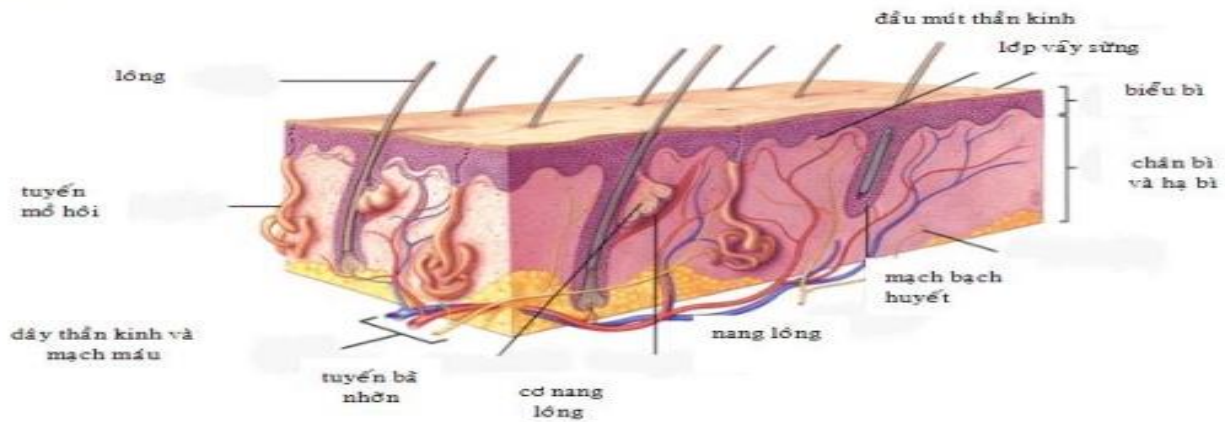
Mỗi tuyến bã có nhiều thùy nhỏ. Cấu tạo bên ngoài là những tế bào trẻ làm thành lớp đáy, rồi đến lớp tế bào trong to hơn, chứa đầy không bào, mỡ, nhân tế bào ở ngay trung tâm. Chất bã được tiết ra theo một ống dẫn thông với nửa phần trên của nang lông. Tuyến bã có nhiều nhất ở da đầu và không có ở lòng bàn tay, lòng bàn chân.

3.4. Lông tóc

Hiện diện ở mọi nơi trừ lòng bàn tay và lòng bàn chân, qui đầu, môi nhỏ. Đa số các sợi lông đều kết hợp với tuyến bã thành một đơn vị lông-tuyến bã. Lông tóc là một cấu trúc hóa sừng sinh ra từ nang lông. Lông thì gồm có một phần đâm ra da (phần tự do), một gốc chừa ở lớp bì.

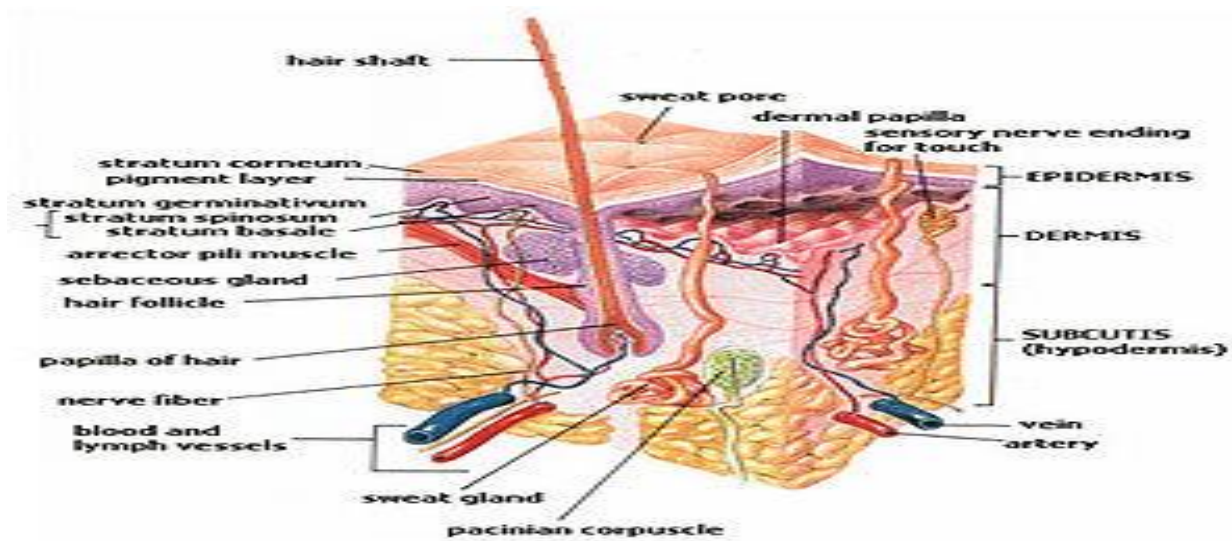
Nang lông là rễ của lông được bao quanh các vỏ và bao liên kết. Phần dưới là phần phình của rễ được gọi là hành lông chứa mầm sinh lông. Nang lông có dạng hình trụ, tận cùng ở bề mặt da, nơi đó dẫn ra gọi là phễu, có thân lông đi qua. Các ống bài tiết của tuyến bã đổ vào nang lông ở ranh giới 1/3 trên và giữa.. Thành của nang lông được phủ bởi tế bào biểu mô.

Cấu trúc da:



Lông tóc ở loài người phát triển theo chu kỳ tăng trưởng cũng như vận tốc mọc không giống nhau cho tất cả lông tóc.

Trung bình trên tất cả mặt da có khoảng 30-50 triệu sợi, tốc độ mọc khoảng 0,1-0,5 mm/ngày.



3.5. Móng

Là cấu trúc hóa sừng mọc ra trở thành móng. Móng gồm có một phần nằm trong rãnh móng, một thân cố định dính chặt vào giường móng và một bờ tự do, chung quanh móng là các lớp bên và lớp sâu.

4. Hạ bì

Nằm giữa trung bì và cân hoặc màng xương, hạ bì là tổ chức đặc biệt hóa thành mô mỡ, ở phần trên của hạ bì có một số tuyến mồ hôi, nang lông, dây thần kinh, mạch máu và mạch bạch huyết.

Mô mỡ được cấu trúc bởi sợi keo, sợi đàn hồi, sợi lưới chia thành nhiều ngăn trong ô có tế bào mỡ là tế bào tròn, sáng, chứa đầy mỡ.

PHẦN 2: SINH LÝ HỌC CỦA DA

1. Chức năng che chở

Da có nhiệm vụ bảo vệ cơ thể chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn, các tác nhân cơ học, vật lý, hóa học. Đạt được như vậy là nhờ da có đặc tính:

- Da rất đàn hồi và bền chắc do được phủ lớp tế bào biểu mô, chứa nhiều sợi đàn hồi, sợi tạo keo và nhờ ở mô mỡ dưới da để chống lại tác nhân va chạm cơ học (chà xát, đè nén).
- Da có mang điện tích âm, nhờ mang điện tích, da có thể điều hòa sự trao đổi của nước và những chất điện giải.
- Hệ thống sắc tố melanin ở da ngăn cản các tia cực tím, bảo vệ cơ thể chống lại tia cực tím của ánh sáng mặt trời.
- Lớp lipo-queuse ở bề mặt da có pH= 5-6 có tác dụng làm giảm hay trung hòa tác dụng độc của các chất hóa học và ngăn cản vi khuẩn phát triển. Khi cơ thể tiết mồ hôi nhiều để lâu biến thành ammoniac, da trở nên kiềm pH= 6,5-7, vi khuẩn và nấm có điều kiện phát triển. Vì vậy, bệnh da hay xuất hiện về mùa hè, tại các kẽ da, ở những người tiếp xúc thường xuyên với nước.
- Trên mặt da có một màng mỏng nhũ tương (emulsion), giúp da chịu đựng được tình trạng quá ẩm hay quá khô hay những thay đổi đột ngột của nhiệt độ.

2. Chức năng điều hòa thân nhiệt

Sự tham dự điều hòa thân nhiệt của cơ thể là một chức năng sinh lý chủ yếu của da. Trong cơ thể của người khỏe mạnh, nhiệt độ thường không đổi bất chấp nhiệt độ bên ngoài. Để đáp ứng với thay đổi thời tiết bên ngoài, da không ngừng bài tiết mồ hôi, hơn nữa, lớp sừng của da có tác dụng cách nhiệt tốt.

Sự bài tiết mồ hôi được điều chỉnh nhờ mạng lưới thần kinh giao cảm, các trung khu dọc tủy sống và trung tâm điều hòa thân nhiệt khu trú ở vùng dưới đồi. Tuy nhiên mồ hôi còn có thể tự động bài tiết, không cần qua hệ thống thần kinh khi nhiệt độ tại chỗ quá cao do viêm tấy.

Nhờ tiết mồ hôi mà da được mát. Khi bị kích thích cực độ da có thể bài tiết mỗi giờ được 2 lít, cứ 1 lít bốc hơi thì cơ thể giảm được 540 calo.

Sự bài tiết mồ hôi còn phụ thuộc một số yếu tố như giống người, giới, tuổi, cá thể, khí hậu, loại vải và số lượng quần áo mặc.

3. Chức năng hấp thu

Bình thường da không thấm nước vì có màng nhũ tương bảo vệ. Những thuốc tan trong nước, không bốc hơi, không thấm được qua da. Những chất tan trong cồn: eosin, tím gentian, iode có thể ngấm qua da vì cồn hòa tan trong nhũ tương. Những thuốc dễ bay hơi: iode, methyl, thủy ngân, salicylate, salicylic acid dễ hấp thu qua da.

Mỗi giờ 1 cm² da có thể hấp thu 0,5 ml oxy và 0,75 ml CO₂.

4. Chức năng bài tiết

4.1. Tuyến mồ hôi

4.1.1. Tuyến mồ hôi nước

Tuyến mồ hôi nước tiết mồ hôi có độ pH=4,5-5,5 tùy tỷ trọng: 1,004-1,008, thành phần gồm có: 98%-99% là nước, 1-2% là muối khoáng không hòa tan và chất hữu cơ.

Thành phần hóa học có thể thay đổi theo tình trạng của cơ thể và số nước được tiết ra. Trong các bệnh có kèm theo rối loạn chuyển hóa, bình thường các chất này không có trong mồ

hôi, nay lại xuất hiện. Thí dụ như trong bệnh tiểu đường, thử nghiệm sẽ có đường trong mồ hôi. Các chất thuốc khác như arsenic, quinine, iode, brome... có thể được đào thải qua mồ hôi.

Trong tình trạng bình thường của cơ thể, sự bài tiết qua tiết mồ hôi và sự thải nước trên bề mặt thượng bì được thực hiện một cách đều đặn không thể nhận biết được, hiện tượng này gọi là sự thoát mồ hôi. Các tuyến mồ hôi hoạt động theo từng chu kỳ và luân phiên của từng nhóm tuyến. Tại một vùng da nhất định thì có khoảng 1/10 các tuyến hoạt động mạnh. 7/10 phản ứng thất thường và 2/10 luôn luôn ở tình trạng nghỉ ngơi.

Nhờ tiết mồ hôi da dễ được mềm mại, giữ cân bằng lớp nước mỡ trên da, nhờ có độ pH acid nên mồ hôi có tác dụng diệt vi khuẩn và chống nấm.

4.1.2. Tuyến mồ hôi nhờn

Tuyến này hoạt động theo chức năng của tuyến nội tiết nhất là tuyến sinh dục. Do đó, chúng ít phát triển trước giai đoạn dậy thì và chức năng yếu đi ở những người lớn tuổi.

Thành phần trong mồ hôi nhờn: ngoài thành phần thông thường còn có thêm glycogen, cholesterol và các ester của nó. Mồ hôi có phản ứng trung tính hay kiềm yếu. Vai trò chức năng của các tuyến này thì chưa biết rõ hết. Thực sự thì tuyến mồ hôi nhờn không quan trọng trong chức năng điều hòa thân nhiệt, nhưng nó cùng với tuyến mồ hôi ở gan bàn tay và gan bàn chân tăng hoạt động khi cơ thể bị xúc động mạnh.

4.2. Tuyến bã

Da bài tiết chất bã bảo vệ da chống thấm nước, ngăn cản sự bốc hơi nước, làm da mềm mại, chống nhiễm khuẩn và chống nấm.

Ở trên 1 cm² da có 400-900 tuyến bã, số lượng phân bố không đều, thay đổi theo vị trí, chẳng hạn như nhiều nhất ở vùng ngực, trán. Hệ thống tuyến bã nằm sát trục nang lông, hiện diện trên da toàn thân nên gọi là trục nang lông-tuyến bã (trừ lòng bàn tay, lòng bàn chân)

Thành phần chất bã gồm có: acid béo, ester, cholesterol, lipid, các hợp chất nitơ, phosphate, chlorure, khi ra ngoài không khí thì chất bã đặc lại.

Sự bài tiết của tuyến bã càng lớn, chất bã bài tiết càng nhiều.

Thức ăn chứa nhiều hydrate carbone cũng làm tăng tiết bã, thường ít ở trẻ nhỏ, nhiều ở tuổi dậy thì và giảm nhiều ở người lớn tuổi.

Hệ thống thần kinh không tác động trực tiếp đến tuyến bã mà thông qua tuyến nội tiết: kích thích tố nam như androgen kích thích tiết bã, trong khi đó kích thích tố nữ như estrogen ức chế bài tiết chất bã (với liều cao) và progesterone chỉ kích thích tuyến bã khi dùng liều cao.

5. Chức năng chuyển hóa

Da đóng vai trò quan trọng trong hệ thống cân bằng nước của cơ thể, da giữ 9% nước của cơ thể. Da là nơi chứa nhiều muối nhất của cơ thể. Khi tiêm dung dịch NaCl ưu trương, da sẽ giữ 50% số lượng muối.

Da đóng một phần quan trọng trong quá trình chuyển hóa các chất đạm, đường, mỡ, Da tổng hợp một số men như amylase, lipase, các men oxy hóa, các acid béo và các vitamin như: vitamin D được tạo ra ở trong hoặc trên da, nhiều vitamin phát hiện ở da như PP, B6, C, A.

6. Chức năng thu nhận cảm giác

Da là cơ quan quan trọng nhất đối với cảm giác sờ mó, nhiệt độ, đau, ngứa. Cảm giác sờ mó được phát hiện nhờ các tiểu thể Meissner rất phổ biến ở lòng bàn tay và các tiểu thể Krause và Ruffini ở trung bì, vùng nhạy cảm nhất là ở vú, ngực, bụng, mũi, tai.

Khi da bị tổn thương, cảm giác nóng lạnh tồn tại lâu nhất, phục hồi sớm nhất.

Các điểm thu nhận cảm giác đau phát triển nhiều hơn các điểm khác.

Chức năng cảm giác chịu ảnh hưởng tình trạng pH của da.

7. Kết luận

Da là cơ quan tiếp xúc trực tiếp với môi trường xung quanh, nó đóng vai trò quan trọng trong hoạt động của cơ thể để đáp ứng với mọi sự thay đổi của tác nhân bên ngoài.

Da không chỉ có phản ứng đáp ứng với các tác động của yếu tố bên ngoài mà cũng rất nhạy cảm với sự thay đổi của các cơ quan bên trong, là nơi phản ánh tình trạng của các cơ quan nội tạng, tình hình các tuyến nội tiết, biểu hiện các bệnh nhiễm độc, nhiễm khuẩn, dị ứng. Da có thể coi là một tấm gương phản ánh những thay đổi của nội tạng.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu các lớp cấu tạo nên thượng bì.
2. Nêu vai trò của lớp đáy.
3. Thượng bì có đặc điểm gì về sinh trưởng?
4. Nêu các phần phụ của da.
5. Nêu chức năng sinh lý của da.

Bài 23: BỆNH GHẺ

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng bệnh Ghẻ.
- 1.2. Trình bày được chẩn đoán, điều trị bệnh Ghẻ.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân bị ghẻ

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị bệnh ghẻ ở cộng đồng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Ghẻ là bệnh lây nhiễm do Cái Ghẻ, một loại ký sinh trùng có tên khoa học là *Sarcoptes Scabiei* gây ra.

Cái Ghẻ trưởng thành có hình bầu dục, con cái dài 0,3-0,5mm. Sau khi giao phối trên mặt da, con cái chui xuống, đào các đường hầm ngoằn ngoèo và đẻ trứng ở đáy. Ba đến bốn ngày sau trứng nở thành ấu trùng. Ấu trùng rời bỏ đường hầm đi đến nơi khác, lột xác hai lần thành con trưởng thành. Các đường hầm chỉ giới hạn ở lớp sừng của thượng bì, trừ trường hợp Ghẻ Na-Uy, đường hầm có thể sâu hơn.

Con đực chết sau khi giao phối, con cái chết sau khi đẻ trứng. Bệnh lây truyền từ người sang người qua 2 đường:

- Chủ yếu qua tiếp xúc trực tiếp, nhất là qua quan hệ tình dục nên Ghẻ ngứa cũng được xếp vào các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Gián tiếp qua giường chiếu, quần áo, mùng mền. Bệnh thường gặp ở những người sống trong môi trường chật hẹp như các khu nhà ổ chuột, nhà trẻ, ký túc xá...

Bệnh gặp ở khắp nơi trên thế giới nhất là các nước đang phát triển, ở cả hai giới và mọi lứa tuổi.



2. Lâm sàng

2.1. Thời kỳ ủ bệnh:

Từ 2 đến 8 tuần

2.2. Thời kỳ toàn phát

- Triệu chứng cơ năng: ngứa nhiều về đêm và lây ngứa cả nhà, cả tập thể.

- Thương tổn:

+ Đường hầm ngoằn ngoèo, dài 20-50mm, màu hơi xám hoặc đen, hơi nhô cao so với mặt da, thường có mụn nước ở cuối đường.

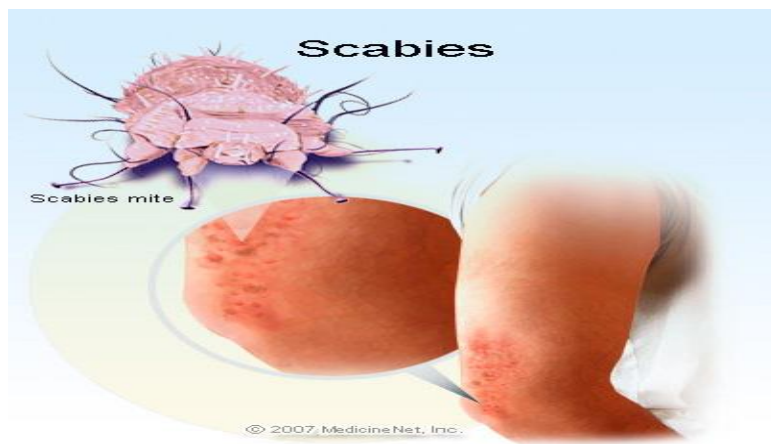
+ Mụn nước thường thấy ở kẽ tay, đường chỉ tay.

+ Sẩn cục màu nâu-đỏ ở bìu, dương vật, nách nhất là trẻ em, đường kính 3-5 mm, có thể ngứa hoặc không, xuất hiện trong thời kỳ hoạt động của bệnh Ghẻ, có thể tồn tại vài tuần đến vài tháng sau khi điều trị hoàn tất, nhiều khi sẩn cục bị loét dễ chẩn đoán lầm với các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

+ Vết sứt do cào gãi.

Phân bố thương tổn: thường có ở hai bên cơ thể, chủ yếu ở các vùng da non như kẽ tay, mặt bên các ngón tay, trên đường chỉ tay, mặt trước cườm tay, cùi chỏ, nách, núm vú, quanh rốn, bụng dưới, bộ phận sinh dục, kẽ mông, mặt trong đùi.

Ở trẻ em thấy thêm thương tổn cả ở mặt và da đầu.



- Ghẻ Na-Uy: (Ghẻ đóng vảy cứng hay Ghẻ tăng sừng)

+ Gặp ở những người bị suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV, ung thư giai đoạn cuối, ghép cơ quan, suy dinh dưỡng nặng.

+ Tỷ lệ lây nhiễm rất cao.

+ Không ngứa hoặc ngứa ít.

+ Thương tổn là vảy cứng lan rộng toàn thân, có cả ở mặt và da đầu, tóc rụng nhiều. Tăng sừng, nứt nẻ nhất là những vùng tì đè, ở lòng bàn tay, lòng bàn chân. Xung quanh và dưới móng dày lên làm móng bị méo mó.

+ Mật độ Cái Ghẻ dưới lớp vảy rất cao.

2.3. Diễn tiến lâm sàng

- Nếu không điều trị bệnh sẽ dai dẳng.

- Điều trị khỏi bệnh, ngứa có thể kéo dài thêm 1-2 tuần.

3. Biến chứng

- Chàm hóa các thương tổn ban đầu do ngứa gãi, cũng có thể do thuốc bôi. Người cơ địa dị ứng thì dễ bị chàm hóa.

- Bội nhiễm: thường do liên cầu khuẩn. Hay gặp chốc hóa, áp xe vú, viêm nang lông và nốt.

- Viêm cầu thận cấp: trong trường hợp Ghê bội nhiễm nặng nhưng hiếm gặp.

- Nhiễm khuẩn huyết.

- Tổn thương móng.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán định hướng

- Ngứa nhiều về đêm.

- Trong gia đình, tập thể có nhiều người cùng bị ngứa.

- Vị trí thương tổn: Xuất hiện chủ yếu ở vùng da non.

4.2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định khi tìm thấy trứng, cái Ghê hoặc các hạt phân do nó thải ra. Dùng kính hiển vi quan sát.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chàm thể tạng:

+ Ngứa cả ngày và đêm.

+ Vị trí thương tổn: Không chỉ ở vùng da non.

+ Hay tái đi tái lại.

- Vết đốt do côn trùng.

- Săng giang mai ở đàn ông:

+ Bóp không đau, không có mụn nước, mụn mủ ở vùng da non.

+ Kèm theo nhiều hạch không viêm chụm lại thành từng nhóm.

+ Phản ứng huyết thanh giang mai (+)

5. Điều trị

5.1 nguyên tắc điều trị

- Phát hiện sớm và điều trị sớm.

- Điều trị đồng thời cho cả người tiếp xúc tình dục và ở chung nhà với bệnh nhân dù có ngứa hay không.

- Thoa thuốc ngày 1 lần vào buổi tối, từ đỉnh đầu đến ngón chân (trừ mắt, mũi, miệng) đối với Ghê Na-Uy, từ cổ đến ngón chân đối với Ghê thông thường, chú ý những vùng da non như bộ phận sinh dục, mặt trong đùi, kẽ ngón tay.

- Điều trị lặp lại sau 1 tuần nếu lâm sàng không cải thiện. Khi chắc chắn không có tái nhiễm và đảm bảo đã điều trị đúng, nếu còn ngứa dai dẳng, đó chỉ là phản ứng dị ứng và chỉ cần điều trị bằng thuốc kháng viêm bôi tại chỗ.

- Quần áo, khăn tắm, khăn trải giường cần luộc nước sôi hoặc phơi liên tiếp, ngày thứ tư mới dùng lại. Không dùng chung quần áo với người bệnh.

5.2 Điều trị đặc hiệu

*Ghẻ ở người trưởng thành, vị thành niên và trẻ lớn:

- Dung dịch hoặc kem Lindane 1% bôi lớp mỏng và rửa sạch sau 8 giờ. Có khả năng có độc tính trên hệ thần kinh trung ương như co giật.

- Không dùng Lindane cho trẻ em nhất là trẻ suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

- Sự kháng thuốc đã bắt đầu xuất hiện ở nhiều nơi. Các thuốc sau đây có thể trị bệnh Ghẻ:

+ Kem Permethrin 5%

+ Benzyl benzoate 25%, bôi 2 đêm liên tục.

+ Dung dịch hoặc kem Crotamiton (Eurax*) bôi 5 đêm liên tục. Crotamiton còn có tác dụng chống ngứa.

+ Mỡ lưu huỳnh 6%, bôi 3 đêm liên tục.

*Ghẻ ở trẻ < 10 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú:

- Crotamiton 10%, bôi 5 đêm liên tục.

- Mỡ lưu huỳnh 6%, bôi 3 đêm liên tục.

- Kem Permethrin 5%, bôi 3 đêm liên tục.

5.3. Điều trị triệu chứng

Giảm ngứa bằng kháng histamine H1: Chlorpheniramine, hydroxyzine... uống thuốc vào buổi tối.

5.4. Điều trị Ghẻ có biến chứng

*Ghẻ bội nhiễm:

- Bôi dung dịch màu như eosin 2%, milian... vào nơi nhiễm khuẩn.

- Nếu cần, sử dụng thêm kháng sinh đường uống.

- Khi thương tổn khô mới bôi thuốc điều trị Ghẻ.

*Ghẻ chàm hóa:

Điều trị chàm trước rồi mới bôi thuốc trị Ghẻ sau.

*Ghẻ chàm hóa bội nhiễm:

Xử trí như Ghẻ bội nhiễm và Ghẻ chàm hóa.

5.5. Ghẻ Na-Uy

Khi mày quá dày và cứng, bôi mỡ salicylic 5% đến 10% để tiêu sừng trước rồi mới bôi thuốc đặc hiệu.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu đặc điểm của con cái ghẻ
2. Chẩn đoán định hướng của bệnh ghẻ là gì?
3. Nêu nguyên tắc điều trị của bệnh ghẻ.
4. Nêu các thuốc điều trị bệnh ghẻ thông dụng hiện nay
5. Điều trị bệnh ghẻ có biến chứng là gì?

Bài 24: BỆNH HẮC LÀO, CHÀM

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng bệnh hắc bào, bệnh chàm.
- 1.2. Trình bày được chẩn đoán, điều trị bệnh hắc bào, bệnh chàm.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc chẩn đoán và điều trị bệnh hắc bào, chàm

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị bệnh hắc bào, chàm trong cộng đồng.

NỘI DUNG

PHẦN I: BỆNH HẮC LÀO

1. Lâm sàng

1.1. Nấm kẽ ngón chân

Vị trí chọn lọc là các kẽ ngón thứ 3, thứ 4 thường bị (kín nhất), thương tổn tróc vảy hay rịn nước, kết hợp, kết hợp nứt nẻ, mụn nước, bóng nước ở mặt trong ngón, thường ở đáy nếp và ngứa. Thường là nguồn lây các biến chứng như:

- Đường vào của vi khuẩn do thay đổi hàng rào bảo vệ da, có thể gây bệnh viêm quầng ở chân.
- Lan tỏa bệnh nấm ở bàn chân, thậm chí lan rộng vùng khác của cơ thể.

Thương tổn ở bàn chân thường có hình ảnh ly tâm, vòng cung, còn ở lòng bàn chân, mặt ngoài và gót chân thì dày sừng hoặc tróc vảy (do *Trichophyton rubrum*), đôi khi có mụn nước, bóng nước (do *Trichophyton interdigitale*).

Thương tổn một bên là yếu tố thuận lợi cho chẩn đoán bệnh hắc bào (nấm da), đặc biệt với *Trichophyton rubrum* có thể thấy thương tổn ở hai chân, một tay, có tróc vảy hay dày da ở mặt gấp các nếp.

1.2. Thương tổn ở nếp da lớn

Thường là thứ phát nên cần phải tìm ổ nhiễm tiên phát, thường ở nếp bẹn, bắt đầu ở vùng bẹn bìu với thương tổn hồng ban vảy, tròn, rất ngứa, lan ra mặt trong của đùi cho hình ảnh một mảng hình bán đồ với viền đa cung, tiến triển ly tâm với bờ hồng ban mụn nước, thương tổn một bên hoặc hai bên.

1.3. Các thể nấm khác

- Herpes circiné: Thương tổn hình tròn, ly tâm, ngứa dữ dội.
- Bệnh vi nấm có nguồn gốc từ súc vật, có hình ảnh viêm nhiều, có mũ gọi là kérion.
- Bệnh vi nấm ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (uống corticoid, ghép tạng, bệnh AIDS): triệu chứng không điển hình, không có bờ và không ngứa, tiến triển nhanh.



2. Dịch tế học

Sự lây bệnh là do đi chân trần trên đất bị nhiễm vảy có vi nấm từ người khác. Cũng có thể lây từ những nơi tập trung hoặc có khí hậu nóng ẩm là những yếu tố thuận lợi cho sự lây lan.

3. Chẩn đoán bệnh hắc bào

- Khám lâm sàng
- Hỏi bệnh sử tìm các yếu tố thuận lợi như chơi thể thao dưới nước, đi chân trần, tiếp xúc với súc vật, khí hậu nhiệt đới...
- Ánh sáng Wood: phát huỳnh quang màu vàng xanh ở lông tóc do nấm *Microsporum*.
- Xét nghiệm vi nấm giúp cho điều tra dịch tế học, cần trong các thể lan tỏa tái phát.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Thương tổn nếp ngón chân

- Nhiễm nấm hạt men: ở khoảng liên ngón chân, thường thấy ở các nếp khác như khoảng liên ngón tay, nếp mông, môi. Thương tổn đỏ bóng, nứt bở và chảy nước, thường được phủ bởi một chất màu trắng.
- Tổ đũa: có thể có thương tổn giống nấm.
- Viêm kẽ trực khuẩn gram âm: thương tổn trợt lở, rịn nước, hôi, đôi khi có màu xanh do trực khuẩn sinh mủ.

Ngoài ra, thương tổn ở lòng bàn tay và lòng bàn chân cần chẩn đoán phân biệt với:

- + Chàm tiếp xúc.
- + Vảy nến.
- + Chàm mạn.

4.2. Thương tổn ở nếp lớn

- Bệnh nấm hạt men: có thương tổn vệ tinh, cảm giác nóng bỏng, bờ có viền vảy, bọt trắng.
- Vảy nến nếp: không lành ở trung tâm, ngứa ít, giới hạn rõ, có triệu chứng nơi khác của vảy nến.

5. Điều trị bệnh hắc bào

5.1. Điều trị thương tổn da

- Điều trị tại chỗ là đủ, dùng dẫn xuất Imidazole kem hay mỡ trong 3-4 tuần, bôi 1 hay 2 lần tùy loại thuốc.

- Điều trị toàn thân khi thương tổn lan rộng hay kháng thuốc bôi, thương tổn viêm nhiều hay ở người suy giảm miễn dịch:

+ Griseofulvin: 1g/ngày trong 2-4 tuần cho da; 4-8 tuần cho nếp và da ở bàn chân.

+ Ketoconazole: 200 mg/ngày, cần theo dõi viêm gan do thuốc bằng xét nghiệm sinh học mỗi 2 tuần trong 6 tuần đầu

+ Terbinafin: 250 mg/ngày trong 2-6 tuần (người lớn), ít theo dõi sinh học.

+ Itraconazole: 100 mg/ngày trong 15 ngày với thương tổn ở lòng bàn tay, còn với bàn chân là 100 mg/ngày trong 1 tháng hay 400 mg/ngày trong 7 ngày.

5.2. Nấm ở nếp

Tại chỗ:

- Imidazole trong 3-8 tuần.

- Terbinafine kem 1% trong 2-4 tuần.

Toàn thân khi lan rộng và tái phát:

- Griseofulvin hay Terbinafin

- Ketoconazole khi không dung nạp các thuốc khác.

- Terbinafine 250 mg/ngày trong 1-2 tuần.

- Itraconazole 100 mg/ngày trong 2 tuần hay 200 mg/ngày trong 7 ngày.

Tóm lại, việc điều trị nấm sợi tơ ở da và nếp dùng thuốc kháng nấm tại chỗ hay toàn thân tùy theo:

- Vị trí và sự lan rộng của thương tổn.

- Có thương tổn bộ phận phụ kết hợp.

- Nguy cơ tác dụng phụ và tương tác thuốc.

- Giá cả trị liệu.

6. Phòng ngừa

- Sát khuẩn nguồn tái nhiễm (giày, vớ, khăn tắm) bằng bột hay dung dịch kháng nấm.

- Điều trị những người bị nhiễm và cả súc vật.

- Chống ẩm.

- Bôi các bột chống nấm giữa các ngón chân khi rửa chân xong.

PHẦN II: BỆNH CHÀM

1. Định nghĩa

Chàm là một bệnh thường gặp do nhiều nguyên nhân gây ra. Có thể xem chàm như một hội chứng thay vì là một bệnh.

2. Lâm sàng

Thương tổn là những dát hay mảng hồng ban với giới hạn rõ hoặc không rõ, tiến triển qua 5-6 giai đoạn sau:

2.1. Giai đoạn hồng ban

Khởi sự với hai triệu chứng: ngứa và nổi hồng ban hơi phù nề. Trên nền hồng ban lấm tấm nhiều hạt nhỏ li ti mắt thường khó nhìn thấy, sờ thấy nhám, các hạt này sẽ thành mụn nước ở giai đoạn sau. Có khi không có mụn nước chỉ có hồng ban và phù nề, sau đó lặn đi và tróc vảy như cám.

2.2. Giai đoạn mụn nước

Trên nền hồng ban sau vài giờ hay vài ngày xuất hiện những mụn nước nông chứa dịch trong. Mụn nước có thể tụ lại thành bóng nước.

2.3. Giai đoạn đóng mào

Mụn nước có thể khô tự nhiên và đóng mào nhưng thường mụn nước vỡ ra, rỉ dịch vàng, khi dịch khô lại đóng thành mào.

2.4. Giai đoạn thượng bì láng nhẵn

Thượng bì tái tạo mỏng như vỏ hành, giai đoạn này ít có, nếu có thì chỉ thoáng qua.

2.5. Giai đoạn tróc vảy

Thượng bì thường nứt ra và tróc vảy. Có khi trong giai đoạn này mụn nước nổi lại và rỉ dịch vàng. Trong trường hợp chàm bán cấp da sẽ lành lại bình thường và bệnh nhân sẽ không còn ngứa nữa.

2.6. Giai đoạn dày da trong trường hợp mạn tính

Bệnh tiến triển lâu năm, da sẽ dày lên dưới tác động gãi mạnh do ngứa nhiều. Da ngày càng dày, màu xám đen, có những rãnh đan chéo nhau thành ô vuông gọi là hiện tượng lichen hóa, thường gặp tại các nếp gấp lớn như cổ chân, nếp cổ.

Thương tổn của chàm không khi nào có ở niêm mạc nhưng có thể có ở bán niêm mạc như môi, qui đầu.



3. Tiến triển

3.1. Thuận lợi

Khỏi hoàn toàn trong vài ngày hay vài tuần. Thường gặp trong trường hợp chàm tiếp xúc.

3.2. Không thuận lợi

3.2.1. Tái phát

Có thể tái phát tại chỗ hay phân tán nhiều nơi. Do bệnh tái đi tái lại nhiều năm hay do điều trị không đúng cách sẽ dẫn đến Đỏ da toàn thân.

3.2.2. Nhiễm khuẩn

Bề mặt thương tổn bị trầy xước do gãi dẫn đến bội nhiễm, lúc này thương tổn sẽ có mủ. Bệnh nhân nóng sốt và thường có hạch liên hệ.

3.2.3. Viêm vi cầu thận cấp

Là biến chứng của nhiễm khuẩn.

4. Nguyên nhân

Rất phức tạp, chàm thường xảy ra trên một cơ địa đặc biệt. Chàm xảy ra phải có hai điều kiện: cơ địa dị ứng, và dị ứng nguyên.

4.1. Cơ địa

- Cơ địa dị ứng như suyễn, viêm mũi dị ứng, mày đay...
- Chức năng gan ruột kém.
- Rối loạn tiêu hóa như táo bón, viêm đại tràng mạn tính...
- Suy thận.
- Nội tiết: nhiều trường hợp bị chàm trong thai kỳ hay hành kinh.
- Chức năng thần kinh bị xáo trộn.
- Thiếu acid béo không no, thiếu vitamin PP, B6, B12,...

4.2. Dị ứng nguyên

- Bên ngoài: các yếu tố hóa học, vật lý, vi khuẩn, ký sinh trùng, thảo mộc.
- Bên trong: như nấm men, thức ăn, nội tiết tố.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Thường là:

- Mụn nước trên nền hồng ban, giới hạn có thể rõ hay không rõ, ngứa.
- Hoặc mảng da dày, lichen hóa, giới hạn không rõ.
- Thương tổn thường có tính đối xứng.

5.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Rất khó tìm dị ứng nguyên.

5.3. Chẩn đoán phân biệt

- Tổ đũa: không có hồng ban, có mụn nước sâu trong da. Thường ở mặt bên của ngón tay, lòng bàn tay, bàn chân.
- Herpes môi hay sinh dục: mụn nước dính chùm trên nền hồng ban, khởi sự ngứa sau thì hơi rát.
- Zona: chùm mụn nước trên nền hồng ban hơi phù nề, đau rất nhiều, thương tổn chạy dọc theo thần kinh nửa bên thân mình.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc

- Tìm dị ứng nguyên gây bệnh.

- Tránh bôi nhiều loại thuốc vì có thể là dị ứng nguyên.
- Vì chàm cũng là một phản ứng viêm nên có thể dùng thuốc kháng viêm thoa trực tiếp lên thương tổn, đó là corticoid dùng tại chỗ. Nhưng cần lưu ý đến vị trí, thể bệnh và nguyên nhân của bệnh chàm để lựa chọn thuốc bôi thích hợp.

6.2. Điều trị cục bộ

- Giai đoạn cấp: dung dịch sát khuẩn nhẹ như thuốc tím 1/20.000 để rửa thương tổn
- Giai đoạn bán cấp: có thể thoa dung dịch Eosin 2% hay Milian.
- Giai đoạn mạn tính: có thể dùng corticoid tại chỗ dạng mỡ, hay dạng kem, hay dạng phối hợp với acid salicylic để tiêu sừng nhiều hơn.

6.3. Điều trị toàn thân

- Thuốc kháng histamine để chống ngứa.
- Kháng sinh khi có bội nhiễm.
- Corticoid toàn thân: nên cân nhắc điều trị vì thuốc có thể gây biến chứng nặng nề.
- Vitamin B1, B6, B12, C...

7. Kết luận

Chàm là một bệnh khá phổ biến, nguyên nhân phức tạp, dễ tái phát, khó điều trị và cho kết quả thấp. Điều trị sớm thường cho kết quả tốt hơn. Cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân cần phải kiên trì tìm nguyên nhân thì mới điều trị có hiệu quả được.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Đặc điểm để hướng đến chẩn đoán bệnh hắc bào?
2. Nêu vài loại thuốc thoa, uống trong điều trị bệnh hắc bào.
3. Nêu sáu giai đoạn diễn tiến của bệnh chàm
4. Nguyên nhân và nguyên nhân chủ yếu của bệnh chàm là gì?
5. Thuốc chủ yếu điều trị bệnh chàm?

Bài 25: CHỐC, VIÊM DA

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng bệnh chốc, viêm da.
- 1.2. Mô tả được phương pháp phòng, điều trị bệnh chốc, viêm da.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc chẩn đoán và điều trị bệnh chốc, viêm da.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị bệnh chốc, viêm da.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn da có thể nguyên phát, có thể thứ phát sau một bệnh có sẵn. Vi khuẩn gây bệnh thường là tụ cầu, liên cầu. Nhiều khi kết hợp cả trực khuẩn đại tràng, trực khuẩn mủ xanh hoặc những vi khuẩn khác.

2. Sinh bệnh học

Sự gây bệnh liên quan đến các yếu tố độc lực của vi khuẩn và sự suy giảm đề kháng của người bệnh.

2.1. Các yếu tố vi khuẩn

- Khả năng sống được dưới các điều kiện khắc nghiệt: pH da không thích hợp, chất diệt khuẩn từ bên ngoài hay tự nhiên của da, sự cạnh tranh giữa các vi khuẩn.
- Sản xuất các men và các độc tố đẩy mạnh sự xâm nhập các mô.
- Khả năng tồn tại trong thực bào.
- Tiềm năng kháng kháng sinh.

2.2. Các yếu tố vật chủ

- Sự nguyên vẹn của da, niêm mạc.
- Miễn dịch:
 - + Miễn dịch dịch thể: IgG, IgA.
 - + Miễn dịch tế bào.

3. Lâm sàng

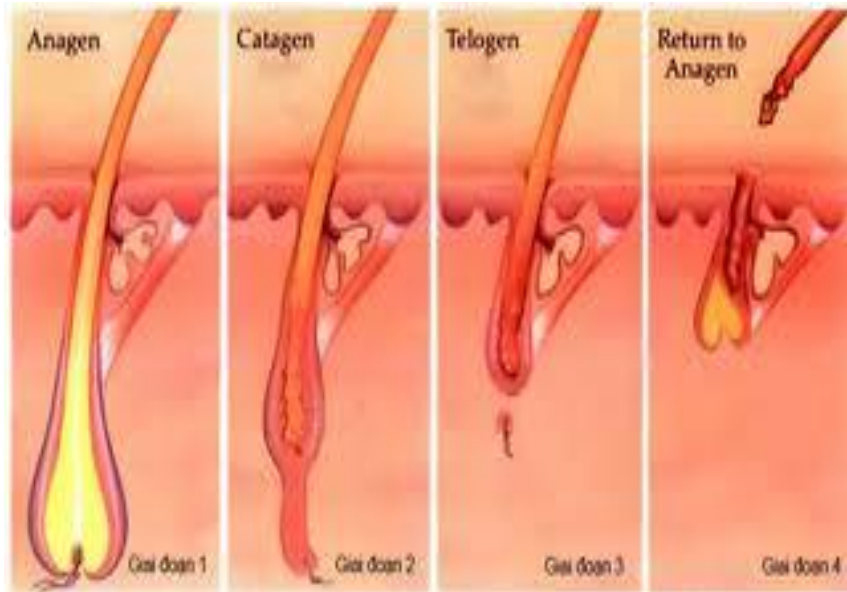
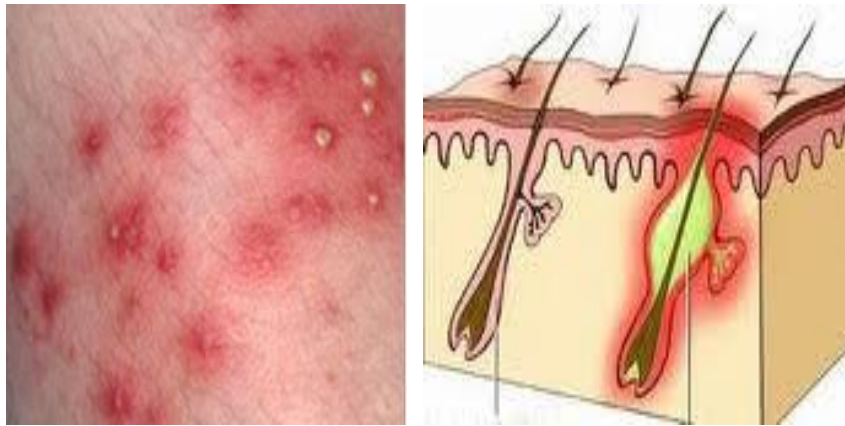
3.1. Các bệnh nhiễm khuẩn nang lông

3.1.1. Viêm nang lông

Thường số lượng nhiều, rải rác, lông không thay đổi, ngứa, hay tái phát

● Lâm sàng

- Thương tổn là mụn mủ hoặc sần và mụn mủ, xung quanh có quầng viêm đỏ và có thể thấy sợi lông xuyên qua.
- Vị trí thường gặp ở da đầu, mặt, vùng râu, nách, móng, vùng mu, mặt duỗi tứ chi.



- **Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm nang lông do dầu mỡ (mỡ động cơ, dầu hôi, dầu mỹ phẩm) và do những sản phẩm có Chlor.
- Viêm nang lông do nấm trichophyton: thường ở cằm, hàm dưới, ít khi ở môi trên.

3.1.2. Nhọt

- Nguyên nhân: tụ cầu vàng. Yếu tố thuận lợi: chấn thương, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, tiểu đường và suy giảm miễn dịch.

- **Lâm sàng:**

- Nhọt: cục đỏ sưng cứng, đau, đỉnh có mũ vàng lợt. Sau đó cục mềm, vỡ miệng ra mũ, ở dưới có ngòi vàng. Cuối cùng nhả ngòi ra và thành sẹo.
- Nhọt cụm: nhiều nhọt đồng phát triển gần nhau tạo thành một mảng tím, nhô lên, cứng, đau nhức, trên có nhiều miệng nhọt. Ở dưới da các nhọt thông với nhau tạo thành đường rò. Thường có sốt, mệt mỏi.
- Bệnh nhọt: nhiều nhọt và tái phát. Cần phải tìm xem bệnh nhân có tiểu đường, suy giảm miễn dịch nhất là tìm ổ chứa vi khuẩn ở da, niêm mạc.

Vị trí: nhọt có thể gặp ở bất cứ chỗ nào nhưng thường ở da đầu, mặt, cổ, nách, mông...Nhọt cụm thường ở gáy, lưng trên, xương cụt.

3.2. Các bệnh nhiễm khuẩn ngoài nang lông

3.2.1. Chốc

3.2.1.1. Chốc lây

- Tác nhân gây bệnh

- Do liên cầu khuẩn nhóm A, tụ cầu trùng vàng hay hỗn hợp.
- Là bệnh da có thể tự tiêu nhiễm, thường liên quan đến một điểm bị nhiễm: gãi, chảy nước mũi, vết thương bị nhiễm, chàm bị cào gãi.
- Rất lây, cần cách ly.
- Không miễn dịch, thường gặp ở trẻ em, nhất là trẻ thiếu vệ sinh, thiếu dinh dưỡng.

- Lâm sàng

- Ngứa, rất bỏng, căng da khó chịu, dẫn đến gãi.
- Thương tổn căn bản là mụn nước, bóng nước có quầng viêm đỏ xung quanh. Mụn nước nhanh chóng trở thành mụn mủ, rồi vỡ ra và khô đi, đóng mảy dày có màu vàng mật ong với viền mủ rất đặc trưng.
- Do sự tự tiêu nhiễm, lan rộng ra, các thương tổn đôi khi lành ở trung tâm để cho dạng hình vòng hoặc hợp lại để cho dạng đa cung.
- Thương tổn lành không để sẹo.
- Hạch vùng sưng, đau.
- Vị trí: Mọc khắp nơi nhưng thường ở vùng da hở.
- Thường phối hợp với hăm kẽ sau mang tai, chốc mép, viêm mi mắt.

- Chẩn đoán

Thường dễ khi ở giai đoạn đóng mảy.

3.2.1.2. Chốc bóng nước

- Do tụ cầu trùng vàng.
- Thường gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ còn bú.



- Bệnh có thể lây thành dịch, nhất là trong các nhà trẻ.
- Thương tổn da là bóng nước chùng, không có quanh viêm, lúc đầu vàng trong sau trở nên vàng sậm và đục, vỡ để lại màng mỏng màu nâu vàng nhạt. Dấu Nikolsky (-).
- Vị trí: Mặt, rốn, thân mình, bàn tay.

3.2.1.3. Chốc loét

- Do liên cầu khuẩn nhóm A.
- Thường gặp ở người có vệ sinh, dinh dưỡng kém và chấn thương.
- Ban đầu là chốc nhưng khi loại bỏ mủ để lại một vết loét nông, bờ cứng, nhô cao, có màu tím, đáy dơ nhiều mủ. Lành để lại sẹo.
- Vị trí: thường gặp ở cẳng chân.
- Đôi khi bệnh tiến đến hoại thư do mất sức đề kháng, bội nhiễm các vi khuẩn khác hoặc có thể trở thành loét cẳng chân mạn tính.

3.2.2. Viêm kẽ

- Nguyên nhân
- Thường thấy nhất là liên cầu, tụ cầu.

- Yếu tố thuận lợi: béo phì, nóng, ẩm ướt.

● **Lâm sàng**

- Ngứa, nóng rát, gia tăng khi rửa nước

Thương tổn là hồng ban rịn nước, có thể nứt lở, rỉ dịch mủ, mùi hôi. Mụn nước, mào thường ở ngoại vi.

- Vị trí: nếp sinh dục, đùi, nếp bẹn, nách, rãnh vú, rãnh liên mông, kẽ ngón chân. Hai vị trí đặc biệt: sau tai, khoe môi.

4. Điều trị

Phải kết hợp điều trị và phòng bệnh.

4.1. Tổng quát

4.1.1. Giảm lượng vi khuẩn thường trú

Tắm bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000, lactacyd pha loãng 1/3 hay xà phòng sát khuẩn.

4.1.2. Loại bỏ mầm bệnh

Ở mũi và da (tụ cầu): bôi kháng sinh vào mũi hoặc uống kháng sinh.

Chữa viêm mũi họng, răng (liên cầu)

4.1.3. Loại bỏ yếu tố thuận lợi

- Toàn thân: tiểu đường, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.

- Tại chỗ: chấn thương, tiếp xúc hóa chất, vệ sinh kém, béo phì, tăng tiết mồ hôi, quần áo chật.

+ Khi bị thương tổn ta phải rửa sạch, bôi thuốc sát khuẩn.

+ Bảo hộ lao động.

+ Tắm giặt, thay quần áo đều đặn, mặc nhẹ, thoáng, rộng. Khi tắm, gội đầu tránh kỳ cọ, vò đầu quá mạnh gây xây xát da. Không lạm dụng xà phòng kiềm làm tẩy lớp mỡ bảo vệ trên da. Tránh ngâm nước lâu. Giữ kẽ, nếp luôn khô, thoáng. Cắt móng tay. Cắt tóc, râu hoặc thay bằng máy cạo râu. Nên bỏ thói quen nhổ lông mũi, lông nách.

+ Ở chỗ khô, mát.

- Nguồn lây: tập thể, gia đình, tự tiêm nhiễm.

+ Cách ly: không dùng chung chăn, ly chén, thau tắm.

+ Tránh để dịch mủ chảy ra các vùng da khác, khi tắm tránh chà xát.

+ Nhớ rửa tay (cả bệnh nhân và nhân viên y tế).

+ Sát khuẩn quần áo và vật dụng.

4.2. Điều trị tại chỗ

4.2.1. Phải đúng phương pháp

- Khi thương tổn còn chảy dịch, nhiều vảy, nhiều mủ: dùng thuốc nước (dung dịch sát khuẩn, nước chín, dung dịch đẳng trương). Có thể ngâm, rửa, phun, chườm, đắp gạc. Khi thương tổn khô sạch mới dùng thuốc mỡ.

- Ở nếp kẽ hạn chế bôi mỡ.

- Để vảy tự tróc ra (không nên gỡ nó). Không nặn nhọt (nặn sẽ phá hủy hàng rào bảo vệ quanh ổ viêm, sẽ dẫn đến lan rộng, du khuẩn huyết).

- Bảo vệ vùng lân cận bằng thuốc sát khuẩn.

4.2.2. Thuốc sát khuẩn

- Loại cổ điển:

- Nước oxy già, thuốc tím pha loãng, dẫn xuất iode (Betadine), chất màu (Milian, Eosin).
- Mercryl Lauryté, Cetavlon, Lactacid.

- Loại hiện đại:

- Đa số dùng dưới dạng dung dịch bột, do đó phải rửa lại với nước.
- Cyteal, Hexomedine, Septivon

4.2.3. Kháng sinh tại chỗ

Mupirocin (Bactroban), Fusidic acid (Fucidin, Foban, Fudikin), Bacitracine, Neomycin.

4.3. Điều trị toàn thân

Phải sử dụng kháng sinh đúng, thích hợp. Khi có chỉ định, phải đủ liều, đủ thời gian. Dùng lất nhất bữa bữa sẽ lờn thuốc. Nếu cần, phải cấy, làm kháng sinh đồ hoặc kết hợp kháng sinh.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Chẩn đoán và điều trị bệnh viêm nang lông?
2. Chẩn đoán và điều trị bệnh nhọt?
3. Chẩn đoán bệnh chốc?
4. Phân biệt ba thể của bệnh chốc.
5. Phòng ngừa bệnh viêm kẽ?

Bài 26: NHIỄM ĐỘC DA DO THUỐC

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng nhiễm độc da do thuốc.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc điều trị, chăm sóc bệnh nhân bị nhiễm độc da do thuốc.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc phòng nhiễm độc da do dùng thuốc.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng nhiễm độc da do dùng thuốc ở cộng đồng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Nhiễm độc da do thuốc là một tình trạng bệnh lý thường gặp, do cơ thể phản ứng khác thường với một hoặc nhiều loại thuốc được đưa vào bằng đường uống hoặc đường tiêm hoặc sử dụng tại chỗ. Dị ứng có thể từ mức độ nhẹ, thoáng qua, dễ khỏi dễ bị bỏ qua đến mức độ nặng như hội chứng Stevens-Johnson, hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc, có thể gây tử vong. Hiện nay, khi các thuốc mới được sử dụng ngày càng nhiều, việc mua bán thuốc quá dễ dàng càng làm cho nguy cơ dị ứng thuốc dễ xảy ra.

Các thuốc gây dị ứng có tỷ lệ cao như kháng sinh, giảm đau, hạ sốt, chống viêm.

Một số yếu tố nguy cơ như: cơ địa dị ứng, tiền sử gia đình, đường sử dụng thuốc... làm gia tăng khả năng dị ứng thuốc.

2. Cơ chế bệnh sinh

2.1. Phản ứng không miễn dịch

- Quá liều: do vượt quá ngưỡng dung nạp của bệnh nhân đối với thuốc, có thể do sự ứ đọng quá tải của thuốc hay liên quan phản ứng của nhiều loại thuốc cùng lúc.
- Tai biến phụ: do tác động dược lý học của thuốc.
- Phản ứng đặc ứng: đáp ứng có tính chất bất thường của cơ thể đối với thuốc.
- Mất quân bình: do làm thay đổi các tác nhân thường trú trong cơ thể.
- Phản ứng dị ứng giả: không phải là phản ứng giữa thuốc hoặc các chất chuyển hóa của thuốc với kháng thể đặc hiệu.

2.2. Phản ứng miễn dịch

Thuốc hoặc chất chuyển hóa của thuốc không phải là một kháng nguyên (do khối lượng phân tử nhỏ) mà là một Hapten, khi kết hợp với protein trong huyết thanh hay ở da sẽ trở thành một kháng nguyên.

3. Biểu hiện lâm sàng

3.1. Các dạng nặng trong nhiễm độc da do thuốc:

3.1.1. Hội chứng Stevens-Johnson

Là dạng nặng của hồng ban đa dạng, diễn biến cấp tính, có tổn thương nội tạng. Lâm sàng:

- Sốt cao, tổng trạng suy sụp, nhiễm độc.

- Thương tổn quanh các lỗ tự nhiên như mắt: viêm kết mạc, giác mạc, phù mi mắt, xuất huyết dưới kết mạc. Nếu không được chăm sóc tốt có thể bị biến chứng loét gây mù.
- Thương tổn quanh miệng, niêm mạc miệng: bóng nước vỡ nhanh để lại vết trợt, đóng mảy máu làm bệnh nhân đau rát, ăn uống khó.
- Thương tổn bộ phận sinh dục: viêm trợt qui đầu, trợt âm hộ...
- Thương tổn da: hồng ban đa dạng với dát sần, mụn nước, bóng nước, ban xuất huyết.
- Thương tổn nội tạng: viêm phổi, viêm gan, albumin niệu... Tiên lượng nặng.

3.1.2. Hội chứng Lyell

- Biểu hiện bằng sự bóc tách đột ngột và toàn bộ lớp thượng bì giống như người bị bỏng nặng.
- Da tróc từng mảng lớn, trợt, tiết dịch nhiều gây mất nước, rối loạn điện giải, xuất huyết.
- Trợt niêm mạc đường tiêu hóa làm bệnh nhân khó nuốt, xuất huyết tiêu hóa, tiêu chảy. Thương tổn trợt đường hô hấp làm đàm tiết nhiều, thương tổn phế quản phổi gây phù phổi.
- Sốt cao, tổn thương nội tạng (viêm cầu thận, hoại tử ống thận-mô kẽ) làm cho tiên lượng bệnh rất nặng, tử vong do nhiễm khuẩn máu, mất nước, rối loạn điện giải...

3.2. Hồng ban nút

Nốt đỏ, đau xuất hiện trên hai cẳng chân, đầu gối, đùi, cẳng tay. Số lượng từ 3 trở lên. Bệnh đột ngột, thương tổn mới tiếp tục cho đến khi ngưng thuốc. Thuốc: thường do thuốc ngừa thai, sulfamide, bromid, iode.

3.3. Hồng ban sắc tố cố định tái phát

- Một hoặc nhiều thương tổn.
- Vị trí: có thể ở bất kỳ nơi nào trên da hoặc niêm mạc (miệng, bộ phận sinh dục). Lâm sàng có ngứa, nổi hồng ban giới hạn rõ thường hình tròn, tiếp theo có thể là sần phù, bóng nước trên nền hồng ban đỏ.
- Diễn tiến: hồng ban sẽ biến mất trong vòng vài ngày để lại dát sắc tố da tồn tại lâu.
- Nếu dùng thuốc lại thì hồng ban sẽ xuất hiện ngay tại vị trí cũ.
- Thuốc: thường do tetracycline, bacbiturate, salicylate, thuốc ngừa thai.

3.4. Ban xuất huyết

Ban xuất huyết dạng điểm hoặc mảng diễn tiến đến bóng nước xuất huyết hoặc loét.

Viêm mạch do thuốc có thể gây tổn thương các cơ quan khác như mắt, thận, não, khớp. thuốc: kháng sinh, phenytoin, furosemid.

3.5 Đỏ da toàn thân

Thuốc có thể gây đỏ da toàn thân tróc vảy ở dạng khô hoặc ướt. Bệnh nhân thường ngứa dữ dội, ớn lạnh. Thường gặp do kháng sinh như penicillin, gentamycine, cephalosporins, thuốc an thần, lợi tiểu, các sulfamide hạ đường huyết, thuốc tê tại chỗ dẫn xuất từ procain.

3.6 Xạm da

Có thể khu trú trên những vùng phơi bày ánh sáng hoặc toàn thân. Thuốc: minocycline, thuốc ngừa thai, các loại kim loại nặng.

3.7. Phát ban dạng mụn trứng cá

Do một số thuốc như corticoid, androgen, vitamin B12, thuốc kháng lao. Phát ban xuất hiện đột ngột sau vài tuần đến vài tháng sử dụng thuốc, lan tỏa chứ không chỉ khu trú vùng tiết bã, giảm nhanh khi ngưng thuốc.

3.8. Rụng tóc

Thường tạm thời, có thể lan tỏa hoặc khu trú kiểu pelade. Thuốc: chống đông như heparin, thuốc chống co giật, chống phân bào, chống tăng cholesterol.

3.9. Chàm

Phát ban chàm thường do sử dụng tại chỗ. Thuốc: kháng sinh như penicillin, cephalosporin, gentamycin, thuốc an thần, kháng histamine, lợi tiểu, sulfamide hạ đường huyết.

4. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Bệnh xuất hiện đột ngột, tiền sử có tiếp xúc hoặc sử dụng thuốc.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Cần chẩn đoán phân biệt tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

5. Diễn tiến và tiên lượng

Diễn tiến thay đổi tùy theo thể lâm sàng, tiên lượng nói chung tốt, ngoại trừ những trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc

- Ngừng ngay các thuốc nghi ngờ.
- Xử trí các vấn đề có liên quan đến tổng trạng.
- Chống nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân.
- Vitamin C liều cao.
- Kháng histamine nếu có ngứa.
- Corticoids chỉ nên sử dụng trong những ngày đầu và khi cần thiết.

6.2. Chăm sóc một bệnh nhân dị ứng thuốc nặng

- Nằm phòng vô khuẩn, drap hấp, rắc bột tale hấp.
- Xoay trở chống loét, hút đàm nhớt để thông đường thở, chăm sóc mắt tránh loét kết mạc, giác mạc, gây dính khi bệnh lành.
- Điều chỉnh thăng bằng điện giải, cung cấp đủ lượng nước hàng ngày qua đường truyền và uống.
- Nuôi ăn qua đường miệng, dịch truyền, hoặc đặt sonde nếu cần.
- Thuốc: kháng sinh, dịch truyền, vitamin C, kháng histamine, corticoid nếu cần.
- Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, lượng nước xuất nhập mỗi ngày, tình trạng tiết dịch, theo dõi sát để phát hiện kịp thời các dấu hiệu lâm sàng mới của dị ứng thuốc.

7. Phòng ngừa

Phải sử dụng thuốc đúng chỉ định, đúng liều, tránh tương tác thuốc có hại. Cần hết sức thận trọng khi người bệnh có tiền sử dị ứng trước đó ngay trong lần kê toa đầu tiên.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân thường gặp đưa đến nhiễm độc da do thuốc là gì?
2. Cách nhận biết hội chứng Steven-Johnson, Lyell?
3. Cách nhận biết hồng ban sắc tố cố định tái phát?
4. Nêu nguyên tắc điều trị nhiễm độc da do thuốc.
5. Cách phòng tránh nhiễm độc da do thuốc là gì?

Bài 27: DỊ ỨNG – MÀY ĐAY

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng bệnh dị ứng, mày đay.
- 1.2. Trình bày được cách phòng và điều trị bệnh dị ứng, mày đay.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc phòng và điều trị bệnh dị ứng, mày đay.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng và điều trị bệnh dị ứng, mày đay ở cộng đồng

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Dị ứng có thể do cơ thể phản ứng khác thường với:

Một hoặc nhiều loại thuốc được đưa vào bằng đường uống hoặc đường tiêm hoặc sử dụng tại chỗ.

Một hoặc nhiều tác nhân gây dị ứng khác như phấn hoa, thời tiết, côn trùng...

Dị ứng có thể từ mức độ nhẹ, thoáng qua, dễ khỏi dễ bị bỏ qua đến mức độ nặng như hội chứng Stevens-Johnson, hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc (hội chứng Lyell), có thể gây tử vong.

- Mày đay là một bệnh phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Mày đay là một phản ứng mạch máu trên da với cơ chế phức tạp xoay quanh chất trung gian chủ yếu là histamin. Nguyên nhân của bệnh rất nhiều, có thể dễ dàng nhận biết nhưng đa số rất khó tìm. Việc điều trị chủ yếu dùng các kháng histamine và loại bỏ nguyên nhân.

2. Lâm sàng

2.1. Dị ứng

2.1.1. Phát ban dát sần

- Có thể gặp phát ban dạng sởi, dạng lichen, dạng vảy phần đỏ nang lông.
- Phát ban dạng sởi: là loại phát ban thường gặp nhất. Là những dát hoặc sần màu hồng, đối xứng, xuất hiện 2-10 ngày sau khi sử dụng thuốc, thường gặp trên những vùng tỳ đờ. Thuốc có thể do kháng sinh (ampicillin, amoxicillin, bactrim).
- Phát ban dạng lichen: thương tổn màu đỏ tía, thường lan tỏa, tăng sắc tố sau khi lành. Thuốc: thiazide, captopril, kháng sốt rét, phenothiazin.
- Phát ban giống Vảy phần đỏ nang lông: sần màu hồng lan tỏa hơn, thương tổn nhiều hơn ở chi, thiếu những triệu chứng đặc hiệu của Vảy phần đỏ nang lông. Thuốc: captopril, sulfamide.

2.1.2. Hồng ban đa dạng

Biểu hiện lâm sàng với mày đay, hồng ban hình bia, mụn nước, bóng nước. Thương tổn hình bia: trung tâm là mụn nước, bóng nước được bao quanh ngoài là hồng ban đỏ thẫm đến đỏ tươi. Tổn thương niêm mạc miệng gặp trong 60% trường hợp.

2.1.3. Phát ban nhạy cảm ánh sáng

Có 2 dạng:

- Nhiễm độc ánh sáng (Phototoxic): phát ban sau 2-6 giờ tiếp xúc với ánh nắng và có liên quan đến liều. Phototoxic xảy ra trên bệnh nhân thường có đủ hai yếu tố: lượng thuốc sử dụng và ánh sáng mặt trời. Thuốc: tetracycline, psoralen, methotrexate.

- Dị ứng ánh sáng (Photoallergic): phát ban xuất hiện trong vòng 24-48 giờ sau khi tiếp xúc với ánh sáng. Bệnh nhân có thể uống thuốc từ vài tháng đến vài năm trước khi xuất hiện phản ứng. Loại này không liên quan đến liều. Thuốc: thiazide, griseofulvin, kháng viêm non-steroid (piroxicam).

2.2. Mày đay

- Thương tổn căn bản

Sẩn phù nổi gờ trên da, giới hạn rõ, kích thước thay đổi từ vài mm đến 10-20 cm hoặc lớn hơn. Thương tổn có thể ở một vùng hay lan tỏa khắp cơ thể. Triệu chứng ngứa thì hằng định, thường có trước phát ban và lan tỏa ngoài vùng phát ban. Bên cạnh triệu chứng ngứa, bệnh nhân có cảm giác tê hoặc như kiến bò.

- Diễn tiến

Các thương tổn xuất hiện thành lành, tồn tại vài phút hay vài giờ và biến mất không để lại dấu vết. Có trường hợp bệnh kéo dài vài ngày hay vài tuần, tháng, năm.

Thương tổn có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của cơ thể nhưng thường gặp ở thân mình, hông, ngực, lòng bàn tay và lòng bàn chân. Các vùng mô dưới da (mi mắt, môi, cơ quan sinh dục ngoài) cũng có thể bị ảnh hưởng.

Nhiều vùng khác của cơ thể có thể bị ảnh hưởng bởi mày đay, làm xuất hiện những triệu chứng như: hắc hơi, sưng và đau bụng. Phù thanh quản có thể gặp khi mày đay nặng gây ảnh hưởng đến tính mạng, cần phải được điều trị khẩn cấp.

3. Các dạng lâm sàng của mày đay

3.1. Phân loại theo diễn tiến

3.1.1. Mày đay cấp

Diễn tiến nhanh, xuất hiện trong vài giờ hoặc vài ngày, sau đó biến mất.

3.1.2. Mày đay mạn

Khi mày đay kéo dài trên 6 tuần thì gọi là mạn tính, nguyên nhân thường phức tạp.



3.2. Phân loại theo hình thái

3.2.1. Phù mạch

Còn gọi là phù Quincke, phát tán đột ngột làm sưng phù cả một vùng (mặt, mi mắt, các chi, bộ phận sinh dục). Triệu chứng ngứa ít nhưng có cảm giác căng lan tỏa do phù nề sâu ở bì và hạ bì. Nguy hiểm của phù Quincke là có thể làm tổn thương đường hô hấp trên như phù thanh quản, thanh thiệt, cần phải xử trí cấp cứu.

3.2.2. Da vẽ nổi

Bệnh xuất hiện trên da dưới dạng sẩn mào đay sau khi chà xát cơ học. Khi vạch một đường trên da bằng vật cùn ta thấy xuất hiện trên da một đường trắng sau đó lan rộng ra và nổi gờ lên. Sẩn này xuất hiện vài phút và biến mất sau 20 phút hay vài giờ.

3.2.3. Mào đay do áp lực

Thường có đặc điểm là sưng nhiều và đau sâu, thường gặp từ 1-12 giờ sau khi bị áp lực tại chỗ. Bệnh xuất hiện ở chân sau khi đi bộ lâu hoặc ở vùng mông sau khi ngồi.

3.2.4. Mào đay do nước

Bệnh thường gặp ở bệnh nhân sau khi tiếp xúc với nước ở bất kỳ nhiệt độ nào. Nguyên nhân có thể do sự gia tăng hoạt động của tế bào vón (mastocyte), tăng nồng độ histamine và acetylcholine trên da sau khi tiếp xúc với nước.

3.2.5. Mào đay cấp tiết choline

Thường do vận động thể lực, yếu tố nhiệt độ (nóng, lạnh) hoặc sau cảm xúc. Hay gặp ở người trẻ, phát ban đột ngột khắp cơ thể, kéo dài từ 30-90 phút hay vài giờ.

4. Nguyên nhân của dị ứng-mào đay

- Do thức ăn

Là nguyên nhân thường gặp. Tất cả cá loại thức ăn đều có thể gây mào đay như tôm cua, thịt bò, cá biển, trứng, chocolate, rượu...

- Do thuốc

Dùng đường toàn thân hay bôi đều có thể gây mào đay

- Do nhiễm khuẩn

Thường do ổ nhiễm khuẩn mạn tính tại chỗ nhưng cơ chế chưa rõ.

- Do tác nhân tâm lý-sinh lý

Khi chấn động tâm lý mạnh, gắng sức, xúc động có thể làm xuất hiện mào đay

- Do yếu tố vật lý

Mào đay xuất hiện do lạnh, nóng (ánh sáng mặt trời), do chấn thương

- Do virus

Ở một số bệnh nhân bị viêm gan siêu vi, nhiễm khuẩn tăng bạch cầu đa nhân có thể gặp mào đay.

- Do ký sinh trùng

Giun kim, giun đũa, giun lươn, sán,... có thể làm xuất hiện mào đay, thường là dạng kéo dài.

- Do bệnh ác tính

Mào đay có thể phối hợp với ung thư, Hodgkin. Mào đay do lạnh đã gặp trên bệnh nhân ung thư máu dòng lympho mạn tính.

5. Chẩn đoán

Dễ chẩn đoán bởi đặc điểm của bệnh: sẩn phù, ngứa, xuất hiện và biến mất đột ngột trong vài phút, vài giờ, không để lại dấu vết.

6. Điều trị

6.1. Dị ứng-mày đay cấp

Trong mọi trường hợp cần loại trừ yếu tố nguyên nhân (nếu biết). Thuốc dùng sẽ thay đổi theo dạng lâm sàng.

6.1.1. Điều trị tại chỗ

- Chống ngứa bằng đắp methol.
- Các kháng histamine tại chỗ ít hiệu quả dễ gây nhạy cảm.

6.1.2. Điều trị toàn thân

- Các kháng histamine cho hiệu quả tốt như hydroxyzine, cyproheptadin và chlorphe nhưng có tác dụng phụ gây buồn ngủ. Các kháng histamine thế hệ mới như loratadin, desloratadin, acrivastin, cetirizin có hiệu quả và không gây buồn ngủ.
- Corticoids chỉ nên sử dụng trong cơn nặng

6.2. Mà đay mạn tính hay tái phát

- Điều trị khó khăn vì khó biết được nguyên nhân hay do nhiều nguyên nhân phối hợp
- Cần dùng thuốc kéo dài và hướng dẫn cho bệnh nhân phát hiện căn nguyên để loại trừ. Thời gian điều trị ít nhất 3 tháng và ngưng thuốc từ từ.
- Trong tất cả các trường hợp cần tránh rượu, các thức ăn có màu và thức ăn lên men.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu dấu hiệu nhận biết bệnh dị ứng, mày đay.
2. Nêu mày đay cấp, mãn tính.
3. Cách nhận biết phù Quincke?
4. Thuốc chủ yếu điều trị bệnh dị ứng, mày đay là gì?
5. Nêu các biện pháp phòng bệnh dị ứng, mày đay.

Bài 28: MÀO GÀ

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng bệnh mào gà.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc, phương pháp điều trị bệnh mào gà.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết và điều trị bệnh mào gà.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc nhận biết và điều trị bệnh mào gà ở cộng đồng.

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bệnh mào gà (sùi mồng gà) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do siêu vi Papilloma (Human Papilloma Virus-HPV) gây nên.

1.2. Tác nhân gây bệnh

- HPV là siêu vi DNA, thuộc nhóm papova virus, không nuôi cấy được, có khoảng hơn 60 types, đưa đến nhiều hình ảnh lâm sàng cũng như diễn tiến đa dạng.
- Ở bệnh mào gà, các type 6, 11 thường gặp nhất, tiếp theo là các tiếp 16, 18, 31, 33 (liên quan đến loạn sản hoặc ung thư).
- HPV gây ra bệnh ở bộ phận sinh dục, hậu môn, niêm mạc miệng.
- Ở trẻ sơ sinh có thể bị u nhú thanh quản do lây từ mẹ khi sinh.
- Phụ nữ bị mào gà ở cổ tử cung có nguy cơ bị ung thư cổ tử cung.

2. Dịch tễ học

- Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, thường gặp ở tuổi hoạt động tình dục, nữ nhiều hơn nam.
- Đường lây truyền:
 - + Thường qua đường tình dục. Hầu hết những người nhiễm HPV không triệu chứng.
 - + Truyền bệnh từ biểu mô bị nhiễm virus bong ra.
- Yếu tố thuận lợi: vệ sinh kém, ẩm ướt, viêm âm hộ-âm đạo, suy giảm miễn dịch.

3. Lâm sàng

3.1. Thời gian ủ bệnh

Từ 3 tuần đến 8 tháng, thường là 3 tháng. Tuy nhiên có những trường hợp thời gian ủ bệnh có thể lâu hơn.

3.2. Thương tổn căn bản

- Sần sùi màu hồng, bề mặt ẩm ướt, mềm, có chân hoặc có cuống
- Không ngứa, không đau, dễ chảy máu.

Có 4 dạng:

- + Sần, màu da bình thường, nhỏ, mềm.
- + Sùi điển hình: thương tổn nhiều, có thể lớn, phát triển thành khối như bắp cải.

+ Những mụn cóc tăng sừng với lớp sừng dày.

+ Những sẩn phẳng, hơi gồ cao.



3.3. Vị trí

Da, niêm mạc vùng sinh dục và hậu môn.

4. Diễn tiến

Có thể đứng yên trong thời gian dài hoặc lớn dần, thêm nhiều thương tổn mới hay tự biến mất. Có thể tái phát sau điều trị. Một hệ miễn dịch khỏe mạnh sẽ ức chế được siêu vi. Rất khó để tiên đoán khi nào HPV không còn lây nhiễm. Các chuyên gia vẫn chưa thống nhất siêu vi có bị loại trừ ra khỏi cơ thể không hay là giảm ngưỡng phát hiện siêu vi.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng, tế bào học, PCR.

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

- Phải xét nghiệm tế bào học với mào gà cổ tử cung để phát hiện sớm ung thư.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sẩn ướt Giang mai 2: thương tổn ẩm ướt hơn, bề mặt bằng phẳng hơn, rất lây, phản ứng huyết thanh (+)

- Ung thư tế bào gai thể sùi: cứng, cộm, dễ chảy máu hơn, hạch di căn.

6. Điều trị

6.1. Mục đích điều trị

HPV tự nó sẽ không khỏi bệnh, tuy nhiên những triệu chứng của nó có thể điều trị được và có khi tự lành. Điều trị chủ yếu là phá hủy bằng phương pháp tại chỗ (đốt lạnh, đốt điện, đốt laser CO₂, cắt bỏ, bôi thuốc), loại bỏ yếu tố thuận lợi, tăng sức đề kháng và điều trị người tiếp xúc.

6.2. Phương pháp

Không có phương pháp điều trị nào hoàn toàn thỏa mãn.

6.2.1. Mào gà ở sinh dục ngoài và hậu môn

- Bệnh nhân: có thể tự bôi bằng dung dịch hoặc gel podophyllotoxin 0,5% hoặc kem imiquimod 5%. Cả hai chất này không dùng cho phụ nữ có thai.

- Thầy thuốc:

- + Đốt lạnh (nitơ lỏng, tuyết CO₂) mỗi tuần/lần x 1-2 tuần.
- + Chấm trichloroacetic acid (TCA) 80%-90%. Mỗi tuần chấm 1 lần lên thương tổn.
- + Chấm podophyllin 10-25% 1 tuần 1 lần.

Không dùng cho phụ nữ có thai, mỗi lần bôi không quá 10 cm², rửa sạch bằng nước ấm và xà phòng sau 2-4 giờ).

+ Đốt điện.

+ Phẫu thuật: trường hợp mào gà có kích thước lớn.

6.2.2. Mào gà trong âm đạo

- Đốt lạnh

- Chấm TCA 80-90%

- Chấm podophyllin 10-25% (để khô trước khi lấy mỡ vệt ra).

6.2.3. Mào gà ở cổ tử cung

Phải làm phiên đồ cổ tử cung (Pap's smear) trước khi điều trị. Không dùng TCA và podophyllin. Chỉ đốt lạnh, đốt điện hay đốt laser CO₂.

6.2.4. Mào gà miệng sáo

Chấm TCA hoặc đốt.

Theo dõi: chưa có bằng chứng nào cho thấy chữa các sùi thấy được sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển ung thư cổ tử cung. Phụ nữ nhiễm HPV cần thực hiện Pap's smear 6 tháng/lần. Khi có bất thường thì soi cổ tử cung, sinh thiết phát hiện sớm ung thư.

7. Vaccine

90% mào gà gây ra do HPV type 6, 11. 70% ung thư cổ tử cung là type 16, 18.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Triệu chứng bệnh mào gà?
2. Vị trí thường gặp của bệnh mào gà?
3. Đường lây của bệnh mào gà là gì?
4. Nêu các phương pháp điều trị bệnh mào gà.
5. Phòng bệnh mào gà?

Chương 5: TÂM THẦN

Bài 29: ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được nội dung tâm thần học.
- 1.2. Trình bày được các bệnh tâm thần thường gặp hiện nay.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết bệnh tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về tâm thần học và các bệnh tâm thần

1.1. Nội dung của tâm thần học

- Tâm thần là một bộ môn trong y học, có nhiệm vụ nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng, bệnh nguyên, bệnh sinh các bệnh tâm thần, nghiên cứu các biện pháp phòng và chữa các bệnh này.
- Tâm thần học được chia ra 2 phần lớn: tâm thần học đại cương và tâm thần học hiện đại.
- Trong quá trình phát triển, tâm thần học đã chia ra nhiều phân môn: tâm thần học người lớn, tâm thần trẻ em, tâm thần học quân sự, tâm thần học người già, giám định pháp y tâm thần, tâm thần học xã hội, dược lý tâm thần và sinh hóa tâm thần.....

1.2. Đối tượng nghiên cứu

1.2.1. Thế nào là bệnh tâm thần

- Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể.....làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại. Các quá trình cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức.....bị sai lệch cho nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại, với môi trường xung quanh.

- Phạm vi các bệnh tâm thần rất rộng. Bệnh tâm thần là loại bệnh rất phổ biến, công nghiệp ngày càng phát triển, sự tập trung dân cư vào các thành phố ngày càng đông, cuộc sống ngày càng căng thẳng thì bệnh ngày càng tăng. Có những bệnh tâm thần nặng (các bệnh loạn thần), quá trình phản ánh thực tại sai lệch trầm trọng, hành vi, tác phong bị sai lệch nhiều. Có những bệnh nhân tâm thần nhẹ (các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh), quá trình phản ánh thực tại cũng như hành vi tác phong rối loạn ít, bệnh nhân vẫn còn có thể sinh hoạt, lao động, học tập được, tuy có giảm sút.

- Bệnh tâm thần thường không gây chết đột ngột nhưng làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất cả về kinh tế. Bệnh tâm thần nếu không được chữa trị kịp thời có thể dẫn đến trạng thái tâm thần sa sút, người bệnh trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Phát hiện sớm và ngăn chặn kịp thời là để ngăn chặn sự tiến triển xấu này.

1.2.2. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh

- Bệnh tâm thần (còn gọi là tâm bệnh) chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh mà chỉ phát hiện được những biến đổi tinh vi về mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền... Đa số các dấu hiệu bệnh là do rối loạn chức năng của não. Phần lớn bệnh nhân có

thể ăn khỏe, chơi khỏe, đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu. Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh, từ chối điều trị tại chuyên khoa tâm thần.

- Bệnh nhân thần kinh có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra làm tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh như não bộ, tủy sống, dây thần kinh ngoại vi gây rối loạn chủ yếu chức năng tiếp thu và thực hiện của con người. Người bệnh ít có các hành vi kỳ dị, ý nghĩ bất bình thường nhưng có thể tê liệt nửa người, khó khăn đi đứng, ăn nói, điếc, mù...). Đa số bệnh nhân còn ý thức được bệnh của mình.

Mối liên quan với nhau:

- Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo: rối loạn trí nhớ, trí tuệ, ý thức.....

- Bệnh nhân tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) tuy chưa phát hiện được tổn thương thực thể ở não, có thể có những rối loạn thần kinh kèm theo (rối loạn trương lực cơ, phản xạ, thần kinh thực vật...).

2. Các bệnh tâm thần thường gặp

1. Bệnh tâm thần phân liệt.
2. Bệnh động kinh.
3. Rối loạn hoang tưởng.
4. Rối loạn trầm cảm.
5. Các bệnh tâm thần trẻ em.
6. Chậm phát triển tâm thần.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu khái niệm về tâm thần học và các bệnh tâm thần
2. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh
3. Nêu các bệnh tâm thần thường gặp

Bài 30: TRIỆU CHỨNG HỌC BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được rối loạn về cảm giác và tri giác
- 1.2. Nêu được rối loạn về tư duy.
- 1.3. Trình bày được rối loạn cảm xúc

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết các dấu hiệu tâm thần trên người bệnh.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Rối loạn cảm giác và tri giác

1.1 Khái niệm

- Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, là sự phản ánh cao hơn cảm giác
- Cảm giác và tri giác là đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.

1.2. Rối loạn cảm giác và tri giác

- Tăng cảm giác.
- Giảm cảm giác.
- Loạn cảm giác bản thể là những cảm giác rất đa dạng, rất lạ lùng và khó tả, rất khó chịu và nặng nề trong các nội tạng. Người bệnh trở nên gò bó, nóng ran, đè nén, đau xé, trào ra, đảo lộn, ngứa ngáy, ... mà không xác định được nguyên nhân.
- Ảo tưởng là tri giác sai lệch về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài). Ví dụ: " Trông gà hoá cuốc"
- Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan. Ảo giác là tri giác không có đối tượng.

Có nhiều cách phân loại ảo giác khác nhau

- Phân chia theo giác quan: ảo thị, ảo thính, ảo xúc giác, ảo khứu giác và ảo giác nội tạng.
- Phân chia theo kết cấu: ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp.
- Phân chia theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác: ảo giác thật và ảo giác giả.

2. Rối loạn về tư duy

2.1. Khái niệm

- Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng. Khác với các quá trình nhận thức cảm tính là cảm giác và tri giác, tư duy phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan. Do đó có thể nói rằng tư duy là một quá trình nhận thức lý tính.

- Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Vì vậy, trong lâm sàng Tâm thần học người ta nghiên cứu rối loạn tư duy thông qua nghiên cứu những biểu hiện về ngôn ngữ.

2.2. Rối loạn về tư duy

2.2.1. Rối loạn về hình thức tư duy

2.2.1.1. Phân chia nhịp điệu ngôn ngữ

- Tư duy phi tán.
- Tư duy dồn dập.
- Tư duy chậm chạp.
- Tư duy ngắt quãng.
- Tư duy lai nhai.
- Tư duy kiên định.

2.2.1.2. Phân chia theo hình thức phát ngôn

- + Nói một mình.
- + Nói tay đôi.
- + Không nói.
- + Nói lặp lại.
- + Nhại lời.

2.2.1.3. Phân chia theo kết cấu ngôn ngữ

- Ngôn ngữ phân liệt.
- Ngôn ngữ không liên quan.
- Sáng tạo ngôn ngữ.

2.2.2. Rối loạn về nội dung

+ Định kiến: là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức. ý tưởng ấy chiếm ưu thế trong ý thức bệnh nhân và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt.

+ Hoang tưởng: là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.

+ Âm ảnh: là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế, luôn luôn xuất hiện ở người bệnh với tính chất cưỡng bức. Người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xua đuổi đi nhưng không thể được.

3. Rối loạn cảm xúc

3.1. Khái niệm

Cảm xúc là quá trình hoạt động tâm thần biểu hiện thái độ của con người đối với các kích thích bên ngoài cũng như bên trong cơ thể, là thái độ của con người đối với sự diễn biến của thực tế, của môi trường sống.

3.2. Rối loạn về cảm xúc

3.2.1. Các triệu chứng giảm cảm xúc và mất cảm xúc

- Giảm khí sắc: là khí sắc buồn rầu, ủ rũ, thường gặp trong trầm cảm.
- Vô cảm: là sự thờ ơ, dửng dưng với tất cả những việc xảy ra xung quanh.

- Cảm xúc bàng quan: người bệnh giảm phản ứng cảm xúc, ít biểu hiện cảm xúc ra nét mặt.

3.2.2. Các triệu chứng tăng cảm xúc

- Cảm xúc không ổn định: người bệnh dễ chuyển từ cảm xúc này đến cảm xúc khác một cách nhanh chóng.

- Khoái cảm.

3.2.3. Các triệu chứng rối loạn cảm xúc khác

- Cảm xúc 2 chiều: đối với một sự việc nào đó người bệnh có hai loại cảm xúc trái ngược nhau như vừa yêu vừa ghét...

- Cảm xúc trái ngược

- Lo âu: người bệnh có cảm giác luôn bị đe dọa bởi một cái gì rất đáng sợ.

4. Rối loạn về trí nhớ

4.1. Khái niệm

Trí nhớ là chức phận và là đặc tính của não có khả năng ghi nhận, bảo tồn và cho hiện lại những kinh nghiệm và tri thức cũ dưới dạng dưới dạng biểu tượng, ý niệm và ý tưởng.

4.2. Các rối loạn về trí nhớ

- Giảm nhớ

- Tăng nhớ

- Quên

- Quên toàn bộ hay quên từng phần

- Quên thuận chiều

- Quên ngược chiều

- Quên thuận chiều và quên ngược chiều

4.3. Loạn nhớ

- Nhớ giả

- Bịa chuyện

- Nhớ nhầm

5. Rối loạn về chú ý

- Chú ý suy yếu

- Chú ý trì trệ

- Chú ý di chuyển nhanh chóng

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu rối loạn cảm giác và tri giác

2. Nêu rối loạn về tư duy

3. Nêu rối loạn cảm xúc

4. Nêu rối loạn về trí nhớ

5. Nêu rối loạn về chú ý

Bài 31: NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân chính gây bệnh tâm thần.
- 1.2. Trình bày được phân loại vài bệnh tâm thần thường gặp.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc xác định nguyên nhân gây bệnh tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân

1.1. Các nguyên nhân thực thể

- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm khuẩn thần kinh (Viêm não, giang mai thần kinh, ...)
- Nhiễm độc thần kinh (Nghiện các chất, nhiễm độc nghề nghiệp...).
- Các bệnh mạch máu não.
- Các tổn thương não khác (U não, teo não, xơ rải rác, ...)
- Các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động của não.

1.2. Các nguyên nhân tâm lý

Chủ yếu các stress tâm lý-xã hội tác động vào các nhân cách có đặc điểm riêng, gây ra:

- Các rối loạn tâm căn.
- Các rối loạn liên quan đến stress.
- Các rối loạn dạng cơ thể.

1.3. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý

- Chậm phát triển tâm thần.
- Nhân cách bệnh.

1.4. Các nguyên nhân chưa rõ ràng (Hay các nguyên nhân nội sinh)

Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (Di truyền, chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất, ...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu. Các rối loạn tâm thần thường gọi là nội sinh như:

- Bệnh tâm thần phân liệt.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Động kinh nguyên phát.

2. Các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh

2.1. Nhân tố di truyền

Vấn đề di truyền tất nhiên có ảnh hưởng xấu đến một số bệnh tâm thần nhưng không phải là tuyệt đối. Có khi bệnh tâm thần phát sinh trong một thành viên của gia đình mà không thấy trong những thành viên khác, có trường hợp cha mẹ đều có bệnh mà con cháu đều khỏe mạnh

bình thường. Cũng có trường hợp nhân tố di truyền không tác động vào thế hệ tiếp theo mà vào thế hệ sau nữa.

2.2. Yếu tố nhân cách

Bao gồm: thích thú, khuynh hướng, năng lực, tính cách, khí chất... Nhân cách mạnh, bền vững là một nhân tố chống lại sự phát sinh các bệnh tâm thần, nhất là các bệnh do căn nguyên tâm lý. Khi bị bệnh tâm thần, người có nhân cách vững bị nhẹ hơn và hồi phục nhanh hơn. Nhân cách yếu, không bền vững là một yếu tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh, khi mắc bệnh tâm thần thì sẽ hồi phục khó khăn và chậm.

2.3. Tuổi tác

Mỗi lứa tuổi có những đặc điểm tâm lý riêng, vì thế có những loại bệnh tâm thần thường hay xảy ra ở lứa tuổi này mà ít xảy ra ở lứa tuổi khác.

2.4 Giới tính

Nam giới thường mắc bệnh tâm thần nhiều hơn nữ giới. Các bệnh tâm thần do chấn thương sọ não, nghiện rượu, bệnh động kinh... thường gặp ở nam giới. Các bệnh rối loạn phân ly (hysteria), rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm, lo âu... hay gặp ở nữ giới. Đặc biệt phụ nữ còn có những rối loạn tâm thần do những biến động của nội tiết vào các thời kỳ: dậy thì, kỳ kinh nguyệt, sinh nở, tiền mãn kinh và mãn kinh.

2.5. Tình trạng sức khỏe toàn thân

Trên thực tế lâm sàng thường gặp những bệnh nhân tâm thần phát sinh khi sức khỏe bị giảm sút, mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức... Khi người bệnh tâm thần quá suy kiệt thì chú ý nâng cao thể trạng để giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục.

3. Phân loại bệnh tâm thần

3.1. Bệnh tâm thần phân liệt.

F20 Tâm thần phân liệt

- F20.0 Tâm thần phân liệt thể hoang tưởng
- F20.1 Tâm thần phân liệt thể thanh xuân
- F20.2 Tâm thần phân liệt thể căng trương lực cơ
- F20.3 Tâm thần phân liệt không biệt định
- F20.4 Trầm cảm sau tâm thần phân liệt
- F20.5 Tâm thần phân liệt thể di chứng
- F20.6 Tâm thần phân liệt thể đơn thuần
- F20.8 Tâm thần phân liệt khác
- F20.9 Tâm thần phân liệt, không xác định

3.2. Chậm phát triển tâm thần

- F70 Chậm phát triển tâm thần nhẹ
- F71 Chậm phát triển tâm thần trung bình
- F72 Chậm phát triển tâm thần nặng
- F73 Chậm phát triển tâm thần trầm trọng
- F78 Các chậm phát triển tâm thần khác
- F79 Chậm phát triển tâm thần không xác định

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu nguyên nhân bệnh tâm thần
2. Nêu các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh
3. Nêu phân loại bệnh tâm thần

Bài 32: CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN-SA SÚT TRÍ TUỆ

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về chậm phát triển tâm thần
- 1.2. Trình bày được khái niệm về sa sút trí tuệ.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chậm phát triển tâm thần và sa sút trí tuệ.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết một người bị chậm phát triển tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Chậm phát triển tâm thần

1.1. Đại cương

- Chậm phát triển tâm thần không phải là một bệnh mà là một trạng thái bệnh lý của một bệnh nào đó đã đưa đến một sự thiếu sót trong mọi lĩnh vực của hoạt động trí tuệ và khả năng thích ứng.

- Chiếm tỉ lệ 1,5-3% dân số.

1.2. Các mức độ của chậm phát triển tâm thần

Ngày nay dựa vào chỉ số thông minh và biểu hiện lâm sàng, người ta chia Chậm phát triển tâm thần thành bốn mức độ:

- CPTTT mức độ nhẹ: IQ từ 50-70
- CPTTT mức độ trung bình: IQ từ 35-49
- CPTTT mức độ nặng: IQ từ 20-34
- CPTTT mức độ nghiêm trọng: IQ từ <20

1.2.1. CPTTT mức độ nhẹ

- Chiếm 80% các trường hợp, người bệnh được xem như có thể đi học được.
- Lúc trưởng thành người bệnh có khả năng nghề nghiệp và quan hệ xã hội đủ để tự lập được, nhưng thường phải cần sự giúp đỡ của người thân khi gặp khó khăn bất ngờ về mặt xã hội và đời sống.

1.2.2. CPTTT mức độ trung bình

- Chiếm tỉ lệ 12% các trường hợp.
- Ở giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh có thể nói, nhưng thường ít thấu hiểu các qui tắc xã hội, họ có thể được hướng dẫn để tự chăm sóc bản thân.
- Ở giai đoạn đi học, họ có thể học nghề và ít khi học quá lớp hai.

1.2.3. CPTTT mức độ nặng

- Chiếm tỉ lệ 7%.
- Ở giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh kém phát triển về vận động và ngôn ngữ.
- Ở giai đoạn đi học, họ có thể học nói và biết những vấn đề vệ sinh sơ đẳng.
- Lúc trưởng thành họ chỉ có thể làm được những việc đơn giản dưới sự giám hộ chặt chẽ.

1.2.4. CPTTT mức độ nghiêm trọng

- Chiếm tỉ lệ dưới 1%.
- Họ luôn cần được chăm sóc theo dõi trong cơ sở y tế và xã hội.

1.3. Chẩn đoán

Dựa vào 3 tiêu chuẩn chính:

- Hoạt động trí tuệ dưới mức trung bình (IQ <70).
- Có thể đưa đến hoặc phối hợp với các thiếu sót về khả năng thích ứng.
- Khởi đầu trước 18 tuổi.

2. Sa sút trí tuệ

2.1. Đại cương

- SSTT là một hội chứng của bệnh lý não, thường có tính chất mãn tính và tiến triển từ từ.
- Thường gặp trong các bệnh lý sau:
 - + Bệnh Alzheimer.
 - + Bệnh lý mạch máu não.
 - + Nhiễm HIV.
 - + Chấn thương sọ não.
 - + Bệnh Parkinson.

2.2. Chẩn đoán

Đặc điểm chủ yếu của SSTT là sự khiếm khuyết về khả năng trí tuệ của người bệnh, bao gồm khiếm khuyết cả trí nhớ, và ít nhất phải có một trong các biểu hiện sau đây:

- Mất ngôn ngữ.
- Mất nhận thức: bệnh nhân mất nhận thức các đồ vật mặc dù chức năng cảm giác còn nguyên vẹn.
- Mất dùng động tác: Bệnh nhân mất khả năng vận động mặc dù chức năng vận động còn nguyên vẹn.
- Rối loạn chức năng chấp hành: suy giảm khả năng tổ chức, lập kế hoạch, khả năng sắp xếp công việc.

2.3. Các xét nghiệm

- Chụp CT scanner
- Chụp MRI

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu các mức độ của chậm phát triển tâm thần
2. Nêu ba tiêu chuẩn để chẩn đoán chậm phát triển tâm thần
3. Nêu các bệnh lý thường gặp đưa đến sa sút trí tuệ.

Bài 33: HYSTERIA

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về bệnh hysteria
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh.
- 1.3. Nêu hướng điều trị bệnh.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết một người đang bị hysteria.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Hysteria là bệnh căn nguyên tâm lý, xuất hiện sau sang chấn tinh thần trên người bệnh có nhân cách riêng, nói chung là yếu.
- Là bệnh tâm căn khá phổ biến.
- Bệnh phát sinh ở người trẻ nhiều hơn người già, nữ nhiều hơn nam.
- Triệu chứng đa dạng nên dễ nhầm lẫn với các bệnh khác.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu là các sang chấn tâm thần. Bệnh thường xuất hiện ở những người có loại hình thần kinh yếu.

3. Triệu chứng

3.1. Con co giật hysteria

Con co giật, co cứng sững sờ sau một chấn thương tâm lý. Bệnh nhân giãy giụa la hét, đập giường... nhưng ý thức vẫn tỉnh táo và nhận biết được xung quanh, thích được mọi người chú ý.

3.2. Rối loạn vận động

Có thể gặp rối loạn vận động như run, co giật, liệt chức năng mơ hồ không rõ định khu, không rõ ràng, có khi như giả vờ, lan tỏa khắp cơ thể.

3.3. Rối loạn cảm giác

Rối loạn cảm giác mất hoặc tăng cảm (một kích thích nhỏ nhưng bệnh nhân cảm nhận lớn hơn bình thường); cảm giác đau và sơ đồ cảm giác cơ thể; cảm giác nội tạng cũng bị rối loạn như đau bụng, đau ngực, đau vùng tim...

Đột nhiên điếc sau một chấn thương tâm lý mà không hề có tổn thương thực thể ở hệ thống thính giác. Khả năng phục hồi bằng thôi miên hầu như có kết quả rất rõ. Có khi bệnh nhân đột nhiên chẳng nhìn thấy gì trong khi mắt vẫn mở, vẫn mơ hồ nhận thấy le lói vật thể xung quanh.

3.5. Rối loạn ngôn ngữ

Nói khó, nói lắp, không nói. Cơ quan phát âm bình thường.

3.6. Rối loạn thần kinh thực vật

Khó thở, đau ngực, đau bụng, nhức đầu.

3.7. Các rối loạn tâm thần

- Cảm xúc không ổn định
- Hành vi kịch tính, phô trương

4. Điều trị

- Chủ yếu là điều trị tâm lý liệu pháp.
- Dùng thuốc chỉ có tác dụng hỗ trợ.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân của *hysteria* là gì?
2. Nêu cơ chế giật *hysteria*.
3. Nêu điều trị *hysteria*.

Bài 34: ĐỘNG KINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây bệnh động kinh.
- 1.2. Mô tả được triệu chứng bệnh động kinh.
- 1.3. Trình bày được hướng xử trí bệnh động kinh.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết cơn động kinh toàn thể.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

- Động kinh là bệnh tâm thần khá phổ biến.
- Chiếm tỷ lệ 0,4-0,5 % dân số.
- Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhưng thường bắt đầu ở tuổi trẻ dưới 20 tuổi (chiếm 80%).
- Theo Who: “Động kinh là một bệnh mạn tính, có nhiều nguyên nhân khác nhau, đặc trưng là sự lặp đi lặp lại của các cơn do sự phóng điện quá mức của tế bào thần kinh não bộ, dù cho các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng kết hợp có thể khác nhau”.

2. Phân loại

2.1. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ đơn giản.
- Động kinh cục bộ phức tạp.
- Động kinh cục bộ toàn thể hóa thứ phát.

2.2. Động kinh toàn thể tiên phát

- Cơn lớn (gồng cứng-co cứng).
- Cơn gồng cứng.
- Cơn vắng ý thức.
- Cơn vắng ý thức không điển hình.
- Cơn giật cơ.
- Cơn mất trương lực cơ.
- Cơn co thắt trẻ em.

2.3. Các trạng thái động kinh liên tục

- Động kinh cơn lớn liên tục.
- Động kinh cơn vắng ý thức liên tục.
- Động kinh cục bộ liên tục.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng lâm sàng của động kinh cơn lớn

- Cơn thường xảy ra đột ngột, người bệnh mất ý thức trong thời gian ngắn, xuất hiện co cứng, co giật sau đó là trạng thái hôn mê.

- Triệu chứng báo trước: Trước khi lên cơn vài vài giờ đến vài ngày người bệnh có thể có dấu hiệu báo trước: đau đầu, chóng mặt, ù tai, mất ngủ, ...

Những dấu hiệu báo trước có thể không xảy ra và động kinh cơn lớn xuất hiện đột ngột:

- Người bệnh mất ý thức, các cơ co cứng, bất thành linh ngã xuống, tay chân người bệnh duỗi thẳng, hai hàm răng xiết chặt, lưỡi có thể cắn chảy máu, mặt người bệnh tái nhợt rồi tím tái. Mạch nhanh, huyết áp tăng nhẹ, đồng tử co sau đó giãn và mất phản xạ ánh sáng. Giai đoạn này kéo dài khoảng 30 giây đến 1 phút.

- Sau giai đoạn co cứng tiếp đến giai đoạn co giật: các cơ vận cơ duỗi nhanh, miệng người bệnh trào nước bọt, đôi khi có máu hồng do cắn lưỡi, nhịp độ co giật giảm dần và mất hẳn, thời gian co giật khoảng 2-5 phút.

- Hôn mê: sau giai đoạn co giật người bệnh đi vào trạng thái hôn mê, có thể xuất hiện phản xạ bệnh lý, mất phản xạ ánh sáng ở đồng tử.

- Sau cơn người bệnh tỉnh dần, ban đầu có rối loạn về năng lực định hướng với môi trường xung quanh và không nhớ những gì đã xảy ra.

3.2. Chẩn đoán xác định bệnh động kinh dựa vào

- Biểu hiện lâm sàng của bệnh động kinh.

- Điện não đồ.

4. Điều trị

- Bệnh động kinh cần được điều trị càng sớm càng tốt. Cơ bản là dùng thuốc chống động kinh. Có nhiều loại để sử dụng cho từng loại động kinh khác nhau.

- Dùng thuốc là để kiểm soát cơn động kinh. Trong khi điều trị bệnh nhân vẫn tham gia sinh hoạt bình thường, trẻ em vẫn có thể tham gia học tập như những trẻ khác.

- Điều quan trọng là cần động viên bệnh nhân kiên trì điều trị, không nên ngưng thuốc đột ngột. Nếu ngưng thuốc đột ngột chắc chắn cơn động kinh sẽ xuất hiện trở lại và trạng thái động kinh liên tục có thể xảy ra.

Giáo dục sức khỏe:

- Khi bệnh nhân xuất viện giải thích về tình trạng bệnh để bệnh nhân an tâm điều trị, người bệnh vẫn có thể tham gia sinh hoạt bình thường, nhưng cần chú ý khi tiếp xúc với lửa, nước như ao hồ, sông ngòi, đề phòng khi lên cơn người bệnh dễ bị phỏng và chết đuối.

- Tránh những công việc nặng nhọc dưới trời nóng và những công việc gây nguy hiểm.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu khái niệm động kinh của Who
2. Nêu phân loại động kinh cục bộ
3. Triệu chứng lâm sàng của động kinh cơn lớn là gì?

Bài 35: BỆNH TÂM THẦN DO RƯỢU

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được rối loạn tâm thần do rượu.
- 1.2. Nêu được hướng xử trí những rối loạn tâm thần do rượu.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc xử trí những rối loạn tâm thần do rượu.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Các rối loạn tâm thần do rượu

1.1. Say rượu thông thường

Là trạng thái ngộ độc rượu Ethylic cấp tính diễn biến qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn kích thích: (khi nồng độ rượu trong máu từ 1,5-2,5g/lít).

Người uống rượu cảm thấy khoan khoái, dễ chịu, vui vẻ, nói nhiều, tăng hoạt động, nhưng có sự giảm về chú ý và trí nhớ.

- Giai đoạn say lảo đảo: (khi nồng độ rượu trong máu từ 2,5-3,5g/lít).

Giọng nói lè nhè, cảm xúc hay thay đổi từ vui đến giận dữ, vã mồ hôi.

- Giai đoạn hôn mê: (khi nồng độ rượu trong máu trên 4g/lít).

Người bệnh hôn mê, hạ thân nhiệt, giảm trương lực cơ, thở khò khè, có thể đưa đến trụy tim mạch và tử vong.

1.2. Say rượu bệnh lý

- Say rượu bệnh lý là một loạn thần cấp tính trong một thời gian ngắn.

- Đặc điểm của say rượu bệnh lý là không có sự tương xứng giữa số lượng rượu uống với các triệu chứng tâm thần.

- Ý thức người bệnh mù mờ, năng lực định hướng về thời gian và không gian bị rối loạn. Người bệnh có ảo giác thị giác, thính giác, có các hoang tưởng bị theo dõi, bị đe dọa. Hành vi người bệnh bị rối loạn, thường biểu hiện bằng các hoạt động phạm pháp như tấn công người khác, đốt nhà...

1.3. Nghiện rượu mãn tính

- Chứng nghiện rượu mãn tính thường xảy ra khi dùng rượu thường xuyên nhưng không phải mọi trường hợp uống rượu thường xuyên đều có thể coi như chứng nghiện rượu mãn tính.

- Nghiện rượu mãn tính có các biểu hiện sau:

+ Hội chứng cai rượu: Xuất hiện khi thiếu rượu:

Người bệnh bồn chồn, bứt rứt, lo sợ một cách mơ hồ.

Run tay.

Rối loạn thần kinh thực vật: tim đập nhanh, vã mồ hôi...

Nặng có thể co giật kiểu động kinh.

Tất cả các triệu chứng trên mất đi khi uống một lượng rượu nhỏ.

- + Khả năng dung nạp rượu của người bệnh thay đổi.
- + Biến đổi nhân cách và sa sút tâm thần.

1.4. Các loạn thần khác do rượu

- Trạng thái ảo giác do rượu.
- Hoang tưởng ghen tuông do rượu.

2. Điều trị

2.1. Với các trường hợp cấp tính

- Cho nhập viện và ngưng uống rượu.
- Điều chỉnh các rối loạn điện giải.
- Nâng thể trạng: dùng vitamin nhóm B, nhất là B1.
- Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng có thể sử dụng các thuốc sau: Chlopromazin, Haloperidol, Diazepam...

2.2. Với các trường hợp mãn tính

Phải tiến hành điều trị lâu dài, có sự hợp tác của bệnh nhân, người thầy thuốc và sự đóng góp của xã hội.

2.3. Tâm lý liệu pháp

- Phải phối hợp điều trị tâm lý tâm thể và cá nhân.
- Phải giải thích kiên trì cho người bệnh nguyện vọng tha thiết chấm dứt thói quen uống rượu.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Say rượu thông thường là gì?
2. Nêu say rượu bệnh lý.
3. Nêu nghiện rượu mãn tính.

Bài 36: STRESS-RỐI LOẠN TÂM THẦN HUNG-TRẦM CẢM

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây stress và rối loạn tâm thần hưng-trầm cảm
- 1.2. Trình bày triệu chứng và hướng điều trị stress và rối loạn tâm thần hưng-trầm cảm.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết ảnh hưởng của stress lên người bệnh.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

Phần 1: Stress

1. Khái niệm

- Stress là một thuật ngữ được sử dụng rộng rãi trong ngôn ngữ hàng ngày cũng như trong các phương tiện thông tin đại chúng.
- Stress được dùng để chỉ một nguyên nhân, tức là một tác nhân công kích nào đó làm cho cơ thể khó chịu. Ví dụ: tiếng ồn là stress.
- Stress cũng được dùng để chỉ một hậu quả, tức là do một tác nhân công kích gây ra một hậu quả và hậu quả đó chính là phản ứng của cơ thể trước tác nhân công kích đó. Ví dụ: người ta nói tôi bị stress vì tiếng ồn ở thành phố.
- Như vậy, stress vừa chỉ tác nhân công kích, vừa chỉ phản ứng của cơ thể trước tác nhân đó.
- Trong điều kiện thông thường, stress là một đáp ứng thích nghi bình thường về mặt tâm lý và sinh học. Stress đặt con người vào tình trạng phải thích nghi với môi trường.
- Trong stress bệnh lý, cơ thể đáp ứng không đầy đủ, không thích hợp nên không thể tạo ra một sự cân bằng mới. Vì vậy, gây ra những rối loạn chức năng tạm thời hoặc kéo dài.

2. Những tình huống stress bệnh lý

2.1. Stress bệnh lý cấp tính

2.1.1. Những phản ứng cảm xúc cấp diễn, tức thì

Đặc trưng của trạng thái này là sự hưng phấn quá mức về tâm thần và cơ thể:

- Tăng trương lực cơ: nét mặt căng thẳng, cảm giác đau cơ do căng thẳng bên trong.
- Rối loạn thần kinh thực vật: khó thở, đau đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, đau trước tim, ngất, tim đập nhanh, huyết áp tăng.
- Tăng cảm: khó chịu trước những tiếng động thông thường.
- Tập trung chú ý kém.
- Dễ kích thích, dễ nổi cáu.
- Rối loạn lo âu lan tỏa, sợ hãi mơ hồ.
- Trạng thái phản ứng kéo dài vài phút đến vài giờ.

2.1.2. Những phản ứng cảm xúc cấp xảy ra chậm.

Những phản ứng xảy ra chậm vì giai đoạn chống đỡ vẫn còn tiếp diễn, nhưng chỉ tạo ra một sự cân bằng không bền vững, kéo dài trong vài giờ đến vài ngày.

2.2. Stress bệnh lý kéo dài

2.2.1. Các biểu hiện về tâm thần

- Dễ cáu gắt, khó chịu, căng thẳng về tâm lý, mệt mỏi về tinh thần.
- Rối loạn giấc ngủ: khó ngủ, khó thức giấc.
- Bi quan, lo lắng, căng thẳng.
- Rối loạn lo âu dai dẳng, thỉnh thoảng xuất hiện cơn lo sợ khi đến nơi có tình huống stress.

2.2.2. Các biểu hiện về cơ thể

- Trạng thái suy nhược kéo dài.
- Đau đầu kéo dài, đau cột sống, đau thượng vị, đau vùng trước tim, đánh trống ngực.
- Run, vã mồ hôi.
- Viêm đại tràng chức năng.

2.2.3. Các biểu hiện về thói quen và tập tính

- Thay đổi tính cách, thái độ, né tránh các quan hệ xã hội.
- Hoặc dễ cáu gắt, mất kiểm chế, khó khăn trong giao tiếp.

2.3. Các trạng thái trầm cảm

Do rối loạn lo âu kéo dài, bệnh nhân tự thấy không thể tiến triển tốt hơn, tự đánh giá thấp bản thân, xuất hiện các nhân tố trầm cảm, dần dần hình thành hội chứng trầm cảm.

2.4. Các trạng thái stress sau sang chấn

- Bệnh tâm căn.
- Loạn tâm thần căn nguyên tâm lý.

Phần 2: Rối loạn tâm thần hưng-trầm cảm

1. Khái niệm

- Xuất hiện từng chu kỳ: hoặc là cơn hưng cảm, hoặc là cơn trầm cảm, giữa hai thời kỳ bệnh trạng thái tâm thần hoàn toàn bình thường.
- Cơn hưng cảm và trầm cảm có thể xen kẽ hoặc không xen kẽ (thể lưỡng cực), có trường hợp chỉ cơn trầm cảm hoặc chỉ cơn hưng cảm (thể đơn cực).
- Dù cho bệnh tái phát nhiều lần cũng không thấy biến đổi nhân cách hay sa sút tâm thần như trong bệnh TTPL.

2. Lâm sàng

2.1. Cơn hưng cảm

- Cảm xúc hưng phấn: Cảm xúc khoan khoái, nhẹ nhõm, tràn đầy sức sống, mọi cảm giác mệt mỏi hoàn toàn tan biến.
- Tăng nhịp độ tư duy: tư duy người bệnh luôn bị phân tán bởi ngoại cảnh, họ luôn chú ý đến sự việc xung quanh.
- Tình trạng kích thích tâm thần vận động.
- Nói nhiều, nói từ vấn đề này sang vấn đề khác.
- Thích làm việc này việc nọ nhưng không bao giờ hoàn thành công việc.
- Lúc nào cũng tỏ ra bận rộn, vội vã.

2.2. Cơn trầm cảm

- Cảm xúc ức chế: người bệnh cảm thấy chán nản, buồn rầu vô hạn.

- Tư duy chậm chạp: quá trình liên tưởng của người bệnh chậm chạp.
- Trạng thái tâm thần ức chế: đi đứng chậm chạp, nói từng tiếng một.

3. Xử trí

- Con hưng cảm: sử dụng các thuốc chống loạn thần.
- Con trầm cảm: sử dụng các thuốc chống trầm cảm.
- Dùng thuốc ổn định khí sắc.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu stress bệnh lý cấp tính
2. Nêu stress bệnh lý kéo dài
3. Nêu các trạng thái trầm cảm
4. Đặc điểm lâm sàng của cơn hưng cảm
5. Nêu cơn trầm cảm

Bài 37: TÂM THẦN PHÂN LIỆT

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây bệnh.
- 1.2. Mô tả được triệu chứng bệnh tâm thần phân liệt.
- 1.3. Trình bày được hướng xử trí bệnh tâm thần phân liệt

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết một người bị tâm thần phân liệt.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về bệnh TTPL

- TTPL là bệnh tâm thần nặng, tiến triển từ từ, căn nguyên hiện nay chưa rõ. Làm biến đổi nhân cách người bệnh theo kiểu phân liệt, tức là cho họ dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu về thế giới bên trong, làm cho tình cảm của họ khô lạnh dần, khả năng làm việc ngày một sút kém và có những hành vi lập dị khó hiểu.

- Chiếm tỷ lệ 0,3-1% dân số.

2. Đặc điểm lâm sàng

- Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt, tư duy bị đánh cắp, tư duy bị phát thanh.
- Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối.
- Các ảo thanh bình luận về hành vi của người bệnh.
- Các hoang tưởng về quyền lực (khuếch đại, có nhiều tài năng, giàu có...)
- Ảo giác dai dẳng kéo dài trong nhiều tuần, nhiều tháng.
- Tư duy bị gián đoạn đưa đến tư duy không liên quan, sáng tạo ngôn ngữ.
- Căng trương lực, kích động, bất động.
- Các triệu chứng âm tính: vô cảm rõ rệt, tư duy nghèo nàn, cảm xúc cùn mòn, không thích hợp đưa đến cách ly xã hội.
- Mất thích thú, lười nhát, cách ly xã hội.

3. Các thể lâm sàng

- Thể hoang tưởng.
- Thể thanh xuân.
- Thể căng trương lực.
- Thể không biệt định.
- Thể trầm cảm sau phân liệt.

4. Điều trị

Điều trị TTPL nhằm mục đích:

- Khắc phục trạng thái RLTT cấp tính.

- Củng cố giai đoạn thuyên giảm.
- Chống bệnh tái phát và tổ chức phục hồi chức năng cho người bệnh.
- Muốn có kết quả tốt phải điều trị bệnh sớm, điều trị từ khi bệnh mới bắt đầu, điều trị lâu dài và liên tục, theo dõi người bệnh gần như suốt đời.
- Điều trị phải kết hợp cả liệu pháp hóa học, tâm lý liệu pháp, lao động và tái thích ứng xã hội.
- Các thuốc được tăng hoặc giảm liều tùy theo đáp ứng của bệnh nhân hoặc khi có sự xuất hiện tác dụng phụ của thuốc.

TU LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu đặc điểm lâm sàng của TTPL
2. Nêu các thể lâm sàng của TTPL
3. Điều trị TTPL nhằm mục đích gì?

Bài 38: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU HỌC TẬP: Sau khi học xong sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các phương pháp điều trị bệnh tâm thần.
- 1.2. Trình bày được tác dụng của từng phương pháp điều trị

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc xử trí bệnh tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Đại cương

- Mục đích của điều trị tâm thần không chỉ nhằm khắc phục các rối loạn tâm thần cấp tính mà điều trị cơ bản là giúp cho người bệnh có một trạng thái tâm thần ổn định, từ đó có thể thích ứng với môi trường xã hội.
- Nguyên tắc cơ bản của điều trị tâm thần là kết hợp nhiều liệu pháp: dùng thuốc, liệu pháp gây choáng, tâm lý, xã hội.
- Các liệu pháp thường dùng là:
 - Liệu pháp hóa dược.
 - Liệu pháp gây choáng.
 - Liệu pháp tâm lý.
 - Liệu pháp xã hội.

2. Liệu pháp hóa dược

2.1. Mục đích

- Nhanh chóng ổn định các RLTT.
- Duy trì trạng thái ổn định, tránh tái phát.
- Phục hồi khả năng lao động, tái thích ứng xã hội.

2.2. Nguyên tắc

- Điều trị sớm.
- Điều trị đúng.
- Điều trị lâu dài.

3. Liệu pháp tâm lý

- Tâm lý kịch.
- Tâm lý nhóm.
- Trò chơi liệu pháp.
- Thôi miên.

4. Choáng điện

- Trầm cảm nặng, trầm cảm kháng thuốc.
- TTPL thể căng trương lực, ảo giác, hoang tưởng.

- Trạng thái kích động dữ dội.
- Hung cảm kéo dài.

5. Liệu pháp xã hội

Liệu pháp tái thích ứng xã hội là làm cho người bệnh trở lại cuộc sống bình thường của xã hội.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu các liệu pháp thường dùng trong điều trị bệnh tâm thần
2. Nêu liệu pháp hóa dược
3. Nêu liệu pháp tâm lý

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[01] *Bệnh da liễu thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, năm 2020

[02] *Da liễu cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, năm 2020

[03] *Bộ y tế, Da liễu học*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, năm 2010

[04] *Cấp cứu tâm thần*, Nhà xuất bản đại học quốc gia Hà Nội, năm 2020

[05] *Điều dưỡng sức khỏe tâm thần*, Nhà xuất bản Y học, năm 2020

[06] *Tâm thần phân liệt, nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, năm 2020

[07] *Phạm Thị Kim Dung, Cù Thị Định, Bùi Thị Tuyết Anh (2007). Điều dưỡng chuyên khoa hệ ngoại*, Nhà xuất bản Y học.

[08] *TS. BS CKII Nguyễn Mạnh Hà (2010). Sâu răng và các biến chứng*, Nhà xuất bản Giáo dục

[09] *GS. TS Hoàng Tử Hùng (2008). Giải phẫu răng*, Nhà xuất bản Y học.

[10] *Ths. BS Hồ Thị Thành (2003). Nha khoa thực hành*, Nhà xuất bản Y học.

[11] *TS. BS CKII Nguyễn Toại (2012). Bài giảng Răng hàm mặt*, Nhà xuất bản Y học.

-----**HẾT**-----