

Bài 12

VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

1. Đại cương

- Viêm tai giữa (VTG) mạn tính là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam, gặp ở mọi lứa tuổi, thể tiết dịch thường gặp chủ yếu ở trẻ em.
- Nếu không được điều trị đúng sẽ làm ảnh hưởng đến sức nghe và có thể đưa đến những biến chứng nguy hiểm tính mạng.
- Có nhiều thể bệnh và cách sắp xếp khác nhau:
 - + Theo tiến triển: Viêm tai giữa cấp tính và viêm tai giữa mạn tính
 - + Theo nguyên nhân: VTG do chấn thương, VTG do nhiễm trùng,...
 - + Theo cơ địa: VTG ở trẻ sơ sinh, ở người lớn, ở người già, ở người đái đường,...

2. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

2.1. Tổn thương niêm mạc

Có thể là phù nề, xuất tiết hay thoái hóa sùi.

2.2. Tổn thương xương

- Viêm xương loãng: viêm từ trong ra làm tiêu các vách thông bào, tạo thành một hốc lớn: trên x quang có hiện tượng loãng xương, gặp trong viêm cấp.
- Viêm xương đặc: viêm từ ngoài vào, xương viêm được thay thế bằng các tổ chức xơ và canxi, rồi dần dần tạo thành một khối đặc: trên x quang cản quang nhiều, xương chũm mất hết các thông bào và tạo thành một khối đặc trắng.
- Viêm xương hoại tử: xương hoại tử ngậm mủ và có xương chết.

2.3. Cholesteatome

Là một bệnh tích đặc biệt, phá hủy xương rất nhanh và rất mạnh. Khối bệnh tích này gồm hai phần: vỏ bọc bên ngoài gọi là màng mái (matrice) làm tiêu xương-bên trong là một chất lồi nhon có mùi thối, thả vào nước không tan và có váng óng ánh như mỡ có chứa cholesterine. Cholesteatome thường đi kèm với viêm xương đặc, 2/3 trường hợp hồi viêm có bệnh tích này.

3. Sơ lược giải phẫu và sinh lý tai

3.1. Giải phẫu (xem hình 32)

Tai chia ra 3 phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong.

3.1.1. Tai ngoài

Gồm vành tai và ống tai

Một số nhà di truyền học cho rằng hình dáng tai ngoài có liên quan đến sự di truyền của từng dòng họ.

3.1.2. Tai giữa

Gồm hòm nhĩ, vòi Eustache và các tế bào chũm.

- Mặt ngoài là màng nhĩ, ngăn với tai ngoài
- Trong hòm nhĩ có: xương búa (malleus), xương đe (incus) và xương bàn đạp (stape), tương ứng với các xương trên có cơ xương búa, cơ xương bàn đạp.
- Vòi Eustache: là một ống dài độ 3,5cm nối thông thung tai và vòm mũi họng, bình thường vòi khép lại, chỉ mở ra khi ta nuốt.
- Thành sau của hòm nhĩ là sào đạo thông với sào bào và các tế bào chũm.
- Mặt trong liên quan với tai trong qua cửa sổ bầu dục và cửa sổ tròn.

3.1.3. Tai trong

Gồm tiền đình và ốc tai

- Tiền đình: gồm 3 ống bán khuyên nằm theo 3 bình diện trong không gian, phụ trách chức năng thăng bằng.

- Ốc tai: hình như ốc sên, 2 vòng 1/2, phụ trách chức năng nghe có cơ quan Corti.

3.2. Sinh lý

3.2.1. Tai ngoài

- Vành tai hứng lấy và định hướng âm thanh

- Ống tai đưa sóng âm đến màng nhĩ

3.2.2. Tai giữa

- Dẫn truyền âm thanh, biến thế và bảo vệ tai trong

- Màng nhĩ biến sóng âm thành rung động cơ học, truyền cho các xương búa - đe - bàn đạp, rồi truyền tiếp vào tai trong cho đến cơ quan Corti

3.2.3. Tai trong

- Chức năng nghe và giữa thăng bằng.

4. Nguyên nhân

- Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt

- Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi.

- Viêm tai giữa do chấn thương áp lực

- Các yếu tố thuận lợi

+ Cấu trúc xương chũm: loại xương chũm có thông bào nhiều, có niêm mạc lót trong các thông bào nhiều dễ bị hơn.

+ Độc tố của vi khuẩn: cần chú ý streptococcus hemolytique, pneumococcus mucosus

+ Thể trạng, cơ địa của bệnh nhân, bị suy nhược, sức đề kháng giảm dễ bị viêm tai giữa - xương chũm hơn.

5. Triệu chứng lâm sàng

5.1. Viêm tai giữa (VTG) mạn tính

Gồm VTG mạn tính nhầy và VTG mạn tính mủ. Hai thể này khác nhau về nguyên nhân, tổn thương giải phẫu bệnh, triệu chứng lâm sàng, biến chứng, điều trị và tiên lượng

	VTG mạn tính nhầy	VTG mạn tính mủ
Nguyên nhân	Thường do viêm V.A., viêm mũi họng	Do VTG cấp điều trị không đúng, VTG sau sởi, VTG sau chấn thương, do vi khuẩn mạnh
Tổn thương giải phẫu bệnh	Chỉ tổn thương niêm mạc hòm nhĩ, không có tổ thương xương	Tổn thương cả niêm mạc và xương
Triệu chứng lâm sàng	Chảy mủ tai từng đợt, phụ thuộc viêm V.A., mủ chảy ra nhầy-dính-không thối (nếu có mùi là do ứ đọng), ít khi ảnh hưởng sức nghe Lỗ thủng thường nhỏ, sắc cạnh, ở 1/4 trước dưới	Thường chảy mủ tai kéo dài, mủ đặc xanh thối, có thể có cholesteatome, nghe kém truyền âm ngày càng tăng, có thể đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu Lỗ thủng thường rộng, bờ nham nhỡ, sát xương
Điều trị	Giải quyết nguyên nhân: nạo	Nếu điều trị nội không đỡ thì cần

	V.A., viêm mũi họng, làm thuốc tai, theo dõi tốt	can thiệp ngoại khoa
Tiên lượng	Thường tốt, ít gây các biến chứng nguy hiểm	ít khi bệnh tự khỏi, thường kéo dài gây giảm sức nghe và có thể gây các biến chứng nặng và nguy hiểm tính mạng.

5.2. Viêm tai xương chũm mạn tính

5.2.1. Viêm tai xương chũm mạn tính thường

5.2.1.1. Toàn thân

Không có gì đặc biệt.

5.2.1.2. Cơ năng

- Thường chỉ có cảm giác nặng trong tai hay váng đầu.
- Chủ yếu là nghe kém tăng dần, lúc đầu kiểu truyền âm sau thành hỗn hợp

5.2.2.3. Thực thể

- Mủ tai chảy kéo dài, đặc, thối, có thể có tổ chức cholesteatome (có váng óng ánh như mỡ, thả vào nước không tan)
- Màng nhĩ thủng rộng, bờ nham nhỡ, sát khung xương, đáy bản, có thể có polype ở hòm nhĩ ảnh hưởng dẫn lưu.



Hình 36: Các loại lỗ thủng màng nhĩ (M. Portmann)

5.2.2. Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm

5.2.2.1. Toàn thân

- Sốt co và kéo dài, thể trạng nhiễm trùng tương đối rõ: ăn ngủ kém, gầy, hốc hác, suy nhược.
- Đối với trẻ nhỏ có thể có sốt cao, co, giật, rối loạn tiêu hóa.

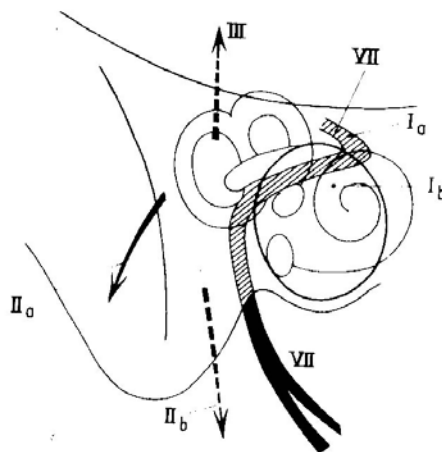
5.2.2.2. Cơ năng

- Nghe kém tăng lên rõ rệt vì tổn thương cả đường khí và đường xương
- Đau tai rất dữ dội, đau thành từng đợt, đau sâu trong tai và lan ra phía sau vùng xương chũm hay lan ra cả vùng thái dương gây nên tình trạng nhức đầu
- ù tai và chóng mặt

5.2.2.3. Thực thể

- Chảy mủ tai: thường xuyên hơn, thối hơn, có thể lẫn máu hoặc cholesteatome. Có khi chảy mủ ít, nhưng đau tai lại tăng lên và mùi thối bao giờ cũng tăng lên rõ rệt.
- Vùng chũm sau tai thường nề, đỏ, ấn có phản ứng đau rõ rệt
- Khám tai : thấy lỗ thủng sát khung xương, có dấu hiệu sập góc sau trên rõ

5.2.3. Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm xuất ngoại



Hình 37: Biến chứng của viêm tai xương chũm (M. Portmann)

Ia: Liệt dây thần kinh VII, Ib: Viêm mê nhĩ, IIa: Xuấtngoại ở mặt ngoài xương chũm, IIb: Xuất ngoại ở mặt trong xương chũm, III: Biến chứng nội sọ

5.2.3.1. Xuất ngoại sau tai: Gặp trong 80% các trường hợp xuất ngoại.

- Vùng sau tai sưng nề, lũng nhùng, ấn đau.
- Vành tai bị đẩy vênh ra trước làm mất rãnh sau tai: Dấu hiệu Jacques (+)

5.2.3.2. Xuất ngoại thái dương-gò má: Thở Zygoma, hay gặp ở trẻ <12 tháng.

- Sưng tấy vùng trước trên tai.

5.2.3.3. Xuất ngoại ở mồm chũm: Thở Bézold

- Sưng tấy vùng cổ bên và dưới chũm
- Bệnh nhân thường ngoẹo cổ về bên bệnh

5.2.3.4. Xuất ngoại vào ống tai: Thở Gellé

- Mủ chảy vào ống tai
- Dễ gây liệt mặt (liệt ngoại biên dây thần kinh VII)

5.2.3.5. Xuất ngoại nền chũm: Thở Mouret

- ít gặp, xuất ngoại ở sâu nên dấu hiệu không rõ

6. Tiến triển và biến chứng

Viêm tai giữa mạn tính, nhất là viêm tai giữa mạn tính mủ khó có thể tự khỏi, thường bệnh kéo dài gây giảm sức nghe.

Trong những đợt hồi viêm, nhất là trường hợp có cholesteatome có thể gây các biến chứng nguy hiểm tính mạng như: viêm màng não (hồi viêm và viêm màng não), áp xe đại - tiểu (hồi viêm và tam chứng Bergmann), viêm tĩnh mạch bên (hồi viêm và sốt cao-rét run), liệt mặt (hồi viêm và liệt dây thần kinh VII ngoại biên),.... Đây là những cấp cứu trong tai mũi họng.

7. Chẩn đoán

7.1. Chẩn đoán bệnh

- Có tiền sử chảy mủ tai kéo dài, nghe kém tăng dần
- Có các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể của viêm tai giữa mạn tính
- Phim Schueller: mất các tế bào chũm hoặc đặc ngà xương chũm

7.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt hay viêm ống tai ngoài (không có tiền sử chảy mủ tai, kéo vành tai-ấn bình tai đau, phim Schueller bình thường)

- Viêm tủy hạch hoặc tổ chức liên kết sau tai (không có tiền sử chảy mủ tai, không nghe kém, dấu hiệu Jacques (-), phim Schueller bình thường)
- Phản ứng xương chũm do viêm tai giữa cấp (mủ không thối, không nghe kém rõ, phim tai bình thường)

8. Hướng xử trí

Cần chú ý:

- Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển cấp thành mạn tính làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.
- Nếu không có chuyên khoa, nên đề xuất chuyển bệnh nhân đến cơ sở tai mũi họng để được điều trị triệt để.
- Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân tuân theo phát đồ điều trị của chuyên khoa. Khi cần nên chủ trương phẫu thuật sớm nhằm giải quyết bệnh tích và phục hồi chức năng nghe, tránh các biến chứng.

Đối với viêm tai xương chũm cấp và viêm tai xương chũm mạn tính thường có thể phẫu thuật bảo tồn.

Đối với viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm và xuất ngoại nên phẫu thuật tiết căn

9. Phòng bệnh

- Phải tích cực điều trị các nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp như viêm mũi họng, viêm VA...
- Khi đã bị viêm tai giữa cấp thì phải được điều trị và theo dõi chu đáo
- Nếu đã viêm tai giữa mạn bị thì phải chẩn đoán sớm để điều trị, theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng để giải quyết.
- Tuyên truyền vấn đề phòng bệnh viêm tai giữa trong cộng đồng.