

TIẾP CẬN ĐAU VÙNG XOANG

Võ Thành Liêm

ICPC2 R09

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Có khả năng phân tích các cụm triệu chứng lâm sàng và xác định các dấu hiệu báo động để biện luận chẩn đoán phân biệt giữa các thể bệnh viêm mũi xoang thường gặp (cấp do virus/vi khuẩn, mạn tính, do nấm, polyp mũi)
- Có khả năng lựa chọn và trình bày được nguyên tắc điều trị ban đầu phù hợp với từng chẩn đoán viêm mũi xoang cụ thể theo phác đồ hiện hành.

2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Tổng quan

Chẩn đoán các bệnh lý vùng xoang cạnh mũi đòi hỏi sự kết hợp giữa khả năng lý luận lâm sàng và các hiểu biết về giải phẫu, sinh lý bệnh. Do sự chồng lấp triệu chứng, việc phân tích kỹ lưỡng dấu hiệu lâm sàng là cực kỳ quan trọng. Tiếp cận lâm sàng toàn diện, bao gồm khai thác tiền sử, thăm khám kỹ lưỡng và kiến thức về bệnh học, là nền tảng cho chẩn đoán chính xác và hiệu quả, có thể triển khai hiệu quả ngay tại tuyến cơ sở.

2.2 Giải phẫu, Sinh lý và Cơ chế bệnh sinh

2.2.1 Giải phẫu và Sinh lý học cơ bản

- Xoang cạnh mũi: Là các hốc chứa khí trong xương mặt, thông với hốc mũi qua các lỗ thông (ostia) đổ vào các khe ở thành ngoài hốc mũi.
 - Phát triển: Xoang sàng có từ lúc sinh, xoang hàm phát triển khi mọc răng vĩnh viễn, xoang trán từ 8 tuổi, xoang bướm từ 3 tuổi. Tất cả phát triển đến 18-20 tuổi. Khoảng 5% người không có xoang trán (biến thể bình thường).
 - Dẫn lưu:
 - Khe mũi giữa: Xoang hàm, xoang trán, xoang sàng trước đổ vào đây.
 - Khe mũi trên / Ngách sàng-bướm: Xoang sàng sau, xoang bướm đổ vào đây.
 - Khe mũi dưới: Ống lệ mũi đổ vào đây.
 - Chức năng của xoang giúp làm nhẹ khối xương mặt, cộng hưởng giọng nói, làm ẩm/ấm không khí, bảo vệ não bộ khi chấn thương.
- Phức hợp lỗ thông khe (Osteomeatal Complex - OMC): Vùng giải phẫu quan trọng ở khe mũi giữa, nơi các xoang hàm, trán, sàng trước dẫn lưu vào. Tắc nghẽn OMC (do phù nề niêm mạc) là yếu tố then chốt gây ứ đọng dịch nhầy và viêm xoang.
- Cơ chế thanh thải nhầy lông chuyển (Mucociliary Clearance):

- Niêm mạc hô hấp (trụ giả tầng có lông chuyển) lót trong mũi xoang tiết ra lớp nhầy gồm 2 lớp: lớp sol (loãng, sát lông chuyển) và lớp gel (đặc, bên trên).
- Lông chuyển đồng bộ trong lớp sol, đẩy lớp gel chứa bụi bẩn, vi khuẩn theo một chiều xác định (di truyền) ra khỏi xoang và về phía vòm họng.
- Nếu cơ chế lông chuyển này bị tổn thương trong: bệnh xơ nang (chất nhầy quá đặc), rối loạn vận động lông chuyển nguyên phát (PCD - vd: hội chứng Kartagener, Young), nhiễm trùng cấp, dị ứng, một số thuốc, sau phẫu thuật. Sự suy giảm chức năng này dẫn đến ứ đọng dịch và tăng nguy cơ viêm xoang.

2.2.2 Định nghĩa và Phân loại Viêm mũi xoang (Rhinosinusitis - RS)

- Định nghĩa: Viêm đồng thời niêm mạc mũi (rhinitis) và các xoang cạnh mũi (sinusitis). Chẩn đoán khi có ≥ 2 triệu chứng, trong đó phải có :
 - nghẹt mũi hoặc chảy mũi (trước/sau),
 - +/- đau/nặng mặt,
 - +/- giảm/mất ngửi.
- Phân loại (dựa trên thời gian):
 - Viêm mũi xoang cấp tính (ARS): Triệu chứng < 12 tuần (một số tài liệu dùng mốc < 4 tuần), khỏi hoàn toàn sau đó.
 - Viêm mũi xoang mạn tính (CRS): Triệu chứng ≥ 12 tuần.
 - Viêm mũi xoang cấp tái phát: ≥ 4 đợt viêm mũi xoang cấp /năm, khỏi hoàn toàn giữa các đợt.

2.2.3 Nguyên nhân

- Nhiễm trùng:
 - Virus: Phổ biến nhất trong viêm mũi xoang cấp (cảm lạnh thông thường). Tác nhân: Rhinovirus, Coronavirus,... Gây phù nề niêm mạc, tắc OMC, rối loạn chức năng lông chuyển, tạo điều kiện bội nhiễm.
 - Vi khuẩn: Thường là bội nhiễm sau viêm mũi xoang cấp do virus hoặc trong viêm mũi xoang mạn. Tác nhân viêm mũi xoang cấp thường gặp: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis. Vi khuẩn kỵ khí ít gặp hơn nhưng có thể gây biến chứng nặng. Yếu tố nguy cơ: nhiễm virus, dị ứng, hút thuốc, thuốc/chất ức chế lông chuyển.
 - Nấm:
 - Không xâm lấn: Viêm mũi xoang dị ứng do nấm (AFRS - thường kèm polyp), U nấm (Fungus ball/Mycetoma - thường ở xoang hàm một bên, gây mùi hôi).
 - Xâm lấn: Mạn tính xâm lấn, U hạt do nấm, Cấp tính tối cấp (Fulminant) - thường ở người suy giảm miễn dịch (tiểu đường, HIV, hóa trị), tiên lượng nặng, cần điều trị tích cực.
- Dị ứng:

- Viêm mũi dị ứng (quanh năm - mặt nhà, lông thú; theo mùa - phấn hoa, nấm mốc; nghề nghiệp - bụi gỗ, bột...).
- Cơ chế: Phản ứng quá mẫn type 1 (IgE trung gian), tế bào mast giải phóng histamine và các hóa chất trung gian gây phù nề, tăng tiết dịch, ngứa, hắt hơi. Phù nề do dị ứng làm tắc OMC.
- Các dạng viêm mũi/viêm mũi xoang khác:
 - NARES (Viêm mũi không dị ứng kèm tăng bạch cầu ái toan): Triệu chứng quanh năm, tăng eosinophil trong dịch mũi nhưng test dị ứng âm tính.
 - Viêm mũi vận mạch: Mất cân bằng thần kinh tự chủ (cường phó giao cảm), gây chảy nước mũi trong nhiều.
 - Viêm mũi do nội tiết: Mang thai, chu kỳ kinh nguyệt (liên quan estrogen).
 - Viêm mũi do thuốc: Thuốc chẹn beta, ức chế men chuyển, aspirin, lạm dụng thuốc co mạch tại chỗ (Rhinitis Medicamentosa - gây sung huyết dội ngược).
 - Viêm mũi xoang tạo hạt: Bệnh Sarcoidosis, U hạt Wegener (GPA) - gây tạo vảy cứng, nhiễm trùng thứ phát.
- Bất thường cấu trúc: Lệch vách ngăn, bóng khí cuốn giữa (concha bullosa), quá phát mòm móc... có thể góp phần gây tắc nghẽn.
- Rối loạn chức năng lông chuyển: Bệnh xơ nang (CF), PCD (Hội chứng Kartagener - đảo ngược phủ tạng, viêm xoang, giãn phế quản; Hội chứng Young - vô sinh nam, nhiễm trùng hô hấp mạn).

2.3 Tiếp cận chẩn đoán

2.3.1 Khai thác tiền sử

- Bệnh sử hiện tại: Chi tiết về ≥ 2 triệu chứng chính (nghet mũi, chảy mũi +/- đau mặt, giảm ngửi), thời gian (<12 tuần hay ≥ 12 tuần), tần suất, đặc điểm:
 - Chảy mũi: Trước/sau, màu sắc (trong, trắng, vàng, xanh, nâu, đen, lẫn máu), độ đặc. Mùi hôi (cacosmia)?
 - Nghet mũi: Một/hai bên, mức độ, liên tục hay từng lúc.
 - Đau/áp lực/nặng mặt: Vị trí (trán, má, quanh mắt, gốc mũi, đỉnh đầu, răng hàm trên), tính chất, yếu tố tăng/giảm.
 - Khứu giác/Vị giác: Giảm hay mất (hyposmia/anosmia), mức độ, thời điểm khởi phát.
 - Triệu chứng khác: Hắt hơi, ngứa mũi/mắt/họng, ho, sốt, mệt mỏi, đau họng, thay đổi giọng nói, chảy máu mũi.
- Tiền sử bệnh lý:
 - Dị ứng (môi trường, thức ăn), hen suyễn, nhạy cảm NSAID/aspirin.
 - Suy giảm miễn dịch (tiểu đường, HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị).
 - Bệnh xơ nang, rối loạn lông chuyển.
 - Các đợt viêm xoang trước, điều trị đã dùng (kháng sinh, steroid, phẫu thuật).
 - Bệnh lý tự miễn, tạo hạt (Wegener's, Sarcoidosis).

- Yếu tố nguy cơ & Môi trường:
 - Hút thuốc lá (chủ động/thụ động).
 - Tiếp xúc nghề nghiệp (bụi gỗ, hóa chất), môi trường (khói, ô nhiễm).
 - Thú nuôi trong nhà.
 - Thuốc đang sử dụng (thuốc co mạch nhỏ mũi, thuốc huyết áp...).

2.3.2 Thăm khám thực thể

- Quan sát tổng quát: Vùng mặt, mắt tìm dấu hiệu sưng nề, đỏ da, biến dạng.
- Soi mũi trước: Dùng mỏ vịt mũi và nguồn sáng. Quan sát 1/3 trước hốc mũi.
 - Đánh giá: Niêm mạc cuốn dưới (màu sắc: nhợt/xanh trong dị ứng, đỏ/sung huyết trong nhiễm trùng), phù nề, dịch tiết (trong, nhầy, mủ, vầy), vách ngăn (lệch, gai, mào), sàn mũi. Chỉ thấy được phần thấp của khe giữa.
- Nội soi mũi (Nasal Endoscopy): Tiêu chuẩn vàng. Dùng ống soi cứng hoặc mềm (có thể dùng thuốc tê/co mạch tại chỗ). Quan sát toàn bộ hốc mũi, các khe mũi, vòm họng.
 - Xác định nguồn gốc dịch mủ (khe giữa, khe trên).
 - Phát hiện polyp (kích thước, vị trí), kể cả polyp nhỏ ở khe giữa.
 - Đánh giá tình trạng niêm mạc, cấu trúc giải phẫu (OMC, cuốn mũi giữa...).
 - Phát hiện khối u, điểm chảy máu.
- Khám họng: Đánh giá dịch chảy mũi sau, thành sau họng (viêm đỏ, hạt lympho).
- Sờ nắn vùng mặt: Tìm điểm đau trên vùng xoang trán, hàm.
- Soi mũi sau (gương), chiếu sáng xoang, nội soi xoang (trocar).

2.4 Cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh:
 - CT scan xoang (Coronal, không cản quang): Là tiêu chuẩn hình ảnh học cho viêm mũi xoang mạn, đánh giá mức độ viêm, cấu trúc xương, biến thể giải phẫu, đặc biệt cần thiết trước phẫu thuật (FESS). Không cần thiết cho viêm mũi xoang cấp không biến chứng.
 - MRI xoang: Chỉ định khi nghi ngờ u tân sinh, nấm xâm lấn, biến chứng nội sọ/ổ mắt (đánh giá mô mềm tốt hơn CT). Có thể dương tính giả cho bệnh lý niêm mạc thông thường.
 - X-quang xoang (Blondeau, Hirtz): Ít giá trị, độ nhạy/đặc hiệu thấp, hiện nay vẫn còn dùng vì dễ thực hiện và sẵn có của kỹ thuật.
- Xét nghiệm dị ứng:
 - Test lấy da (Skin prick test) hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu trong máu (RAST/ImmunoCAP): Xác định dị nguyên gây viêm mũi dị ứng.
- Xét nghiệm máu:
 - Công thức máu (BCĐNTT tăng trong nhiễm khuẩn), Eosinophil (tăng trong dị ứng, NARES, AFRS).

- VS, CRP: Ít đặc hiệu.
- ANCA (Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies): Nghi ngờ U hạt Wegener (GPA).
- ACE (Angiotensin-converting enzyme): Nghi ngờ bệnh Sarcoidosis.
- Nuôi cấy dịch tiết mũi/ xoang & Kháng sinh đồ:
 - Chỉ định: viêm mũi xoang cấp nặng không đáp ứng điều trị, viêm mũi xoang mạn đợt cấp, nghi ngờ biến chứng, trước phẫu thuật, nghi ngờ vi khuẩn kháng thuốc. Lấy bệnh phẩm qua nội soi hoặc chọc xoang.
- Sinh thiết niêm mạc mũi/ Sinh thiết khối u:
 - Nghi ngờ rối loạn lông chuyển (PCD).
 - Nghi ngờ bệnh lý tạo hạt (Wegener's, Sarcoidosis).
 - Nghi ngờ u tân sinh (polyp một bên, triệu chứng báo động).
- Đo chức năng lông chuyển: Test saccharin, đo tần số đập lông chuyển (nếu có).
- Tế bào học dịch mũi: Tìm bạch cầu ái toan (NARES, AFRS).

2.5 Biến chứng và Dấu hiệu "cảnh báo"

Viêm mũi xoang, đặc biệt là viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn hoặc viêm mũi xoang mạn đợt cấp, có thể gây biến chứng nghiêm trọng do vị trí giải phẫu gần mắt và não. Cần nhận biết sớm các dấu hiệu báo động để xử trí kịp thời.

Dấu hiệu "Báo động" (Cần chuyển khám chuyên khoa gấp / nhập viện):

- Biến chứng ổ mắt:
 - Sưng nề, đỏ da mi mắt lan rộng (viêm mô tế bào trước vách).
 - Lồi mắt, nhìn đôi, giảm thị lực, đau khi vận động mắt, liệt vận nhãn (viêm mô tế bào ổ mắt, áp-xe dưới màng xương/ổ mắt).
 - -> Nguy cơ mù lòa vĩnh viễn.
- Biến chứng nội sọ:
 - Đau đầu dữ dội bất thường, khu trú hoặc lan tỏa.
 - Thay đổi tri giác (lú lẫn, ngủ gà, hôn mê).
 - Dấu hiệu màng não (cứng cổ, sợ ánh sáng).
 - Dấu thần kinh khu trú (yếu liệt chi, co giật).
 - Sưng nề vùng trán (viêm tủy xương trán - Pott's puffy tumor).
 - -> Áp-xe ngoài/dưới màng cứng, áp-xe não, viêm màng não, huyết khối xoang tĩnh mạch (xoang hang, xoang dọc trên).
- Dấu hiệu nghi ngờ u ác tính:
 - Triệu chứng một bên kéo dài (nghet mũi, chảy máu mũi, đau mặt).
 - Chảy máu mũi tái phát, lượng nhiều.
 - Biến dạng khuôn mặt.
 - Tê bì vùng mặt.
 - Lung lay răng không giải thích được.

- Toàn thân: Sốt rất cao không đáp ứng thuốc hạ sốt, tình trạng nhiễm trùng nặng.

2.6 Điều trị một số nguyên nhân thường gặp

Mục tiêu hướng đến của điều trị là: giảm triệu chứng, loại trừ nhiễm trùng, giảm viêm, phục hồi dẫn lưu và chức năng xoang, ngăn ngừa biến chứng và tái phát.

- Viêm mũi xoang cấp do virus:
 - o Điều trị triệu chứng: Giảm đau (paracetamol), rửa mũi nước muối sinh lý, thuốc co mạch tại chỗ ngắn ngày (< 5-7 ngày), nghỉ ngơi, bù đủ dịch.
 - o Kháng sinh: KHÔNG có chỉ định.
- Viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn:
 - o Điều trị triệu chứng như trên.
 - o Kháng sinh: Cân nhắc khi triệu chứng nặng (sốt cao, đau dữ dội) HOẶC kéo dài > 10 ngày HOẶC nặng lên sau 5-7 ngày ("bội nhiễm").
 - o Lựa chọn đầu tay: Amoxicillin hoặc Amoxicillin-clavulanate.
 - o Thời gian: 7-10 ngày.
 - o Corticosteroid xịt mũi: Có thể dùng phối hợp để giảm viêm.
 - o Theo dõi đáp ứng sau 48-72h, nếu không cải thiện cần đánh giá lại, đổi kháng sinh hoặc xem xét biến chứng.
- Viêm mũi xoang mạn tính (viêm mũi xoang mạn - không polyp và có polyp):
 - o Nền tảng:
 - Rửa mũi nước muối ưu trương hoặc đẳng trương, thể tích lớn.
 - Corticosteroid xịt mũi : Dùng kéo dài, là thuốc chính kiểm soát viêm. Có thể dùng dạng nhỏ cho trường hợp polyp nặng hoặc sau mổ.
 - o Điều trị bổ sung (tùy mức độ và loại viêm mũi xoang mạn):
 - Corticosteroid uống ngắn ngày: Cho đợt cấp nặng hoặc polyp lớn gây nghẹt nhiều.
 - Kháng sinh: Đợt cấp bội nhiễm: Dùng như viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn. Liệu trình dài ngày (3-12 tuần), liều thấp (thường Macrolide).
 - Thuốc kháng histamine: Chỉ hiệu quả nếu có viêm mũi dị ứng đi kèm.
 - Thuốc kháng Leukotriene: Có thể hữu ích ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn kèm hen/dị ứng.
 - Điều trị bệnh đi kèm: Kiểm soát hen, dị ứng.
 - Thuốc sinh học (kháng thể đơn dòng kháng IgE, IL-4/5/13): Cho khi nặng, tái phát sau phẫu thuật, không đáp ứng điều trị khác.
 - o Phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng:
 - Chỉ định: viêm mũi xoang mạn (có hoặc không polyp) không đáp ứng điều trị nội khoa tối ưu (ít nhất 3 tháng), u nấm, polyp cửa mũi sau, một số biến chứng viêm xoang, sinh thiết u.

- Mục tiêu: Lấy bỏ mô bệnh (polyp, niêm mạc viêm), mở rộng lỗ thông xoang tự nhiên, phục hồi sự dẫn lưu và thông khí cho xoang, bảo tồn tối đa niêm mạc lành.
- Biến chứng: Hiếm gặp. Nhẹ (<2%): dính, chảy máu, bầm quanh mắt, chảy nước mắt. Nặng (<0.5%): tổn thương mắt (nhìn đôi, giảm thị lực), tổn thương nền sọ (rò dịch não tủy, viêm màng não), tổn thương mạch máu lớn.
- Viêm xoang do nấm:
 - U nấm: Phẫu thuật lấy bỏ khối nấm qua nội soi.
 - AFRS: Phẫu thuật lấy sạch chất nhầy đặc, nấm + điều trị nội khoa tích cực (rửa mũi, steroid tại chỗ/toàn thân, có thể kháng nấm hoặc liệu pháp miễn dịch).
 - Xâm lấn: Phẫu thuật khẩn cấp lấy bỏ mô hoại tử + kháng nấm toàn thân liều cao, kéo dài.

2.7 Các khối u vùng mũi xoang

- Hiếm gặp, nhưng cần nghĩ đến khi có triệu chứng một bên kéo dài, chảy máu, biến dạng mặt, tê bì.
- Lành tính: U nhú đảo ngược (có khả năng hóa ác nhỏ), u xương, u mạch...
- Ác tính: Carcinoma tế bào gai (phổ biến nhất, liên quan hút thuốc, HPV), Adenocarcinoma (liên quan bụi gỗ), Carcinoma tuyến nang, Lymphoma, Melanoma, Esthesioneuroblastoma...
- Chẩn đoán: Nội soi, sinh thiết, CT/MRI để đánh giá mức độ xâm lấn và giai đoạn.
- Điều trị: Phối hợp phẫu thuật, xạ trị, hóa trị tùy loại u và giai đoạn.

2.8 Bảng tóm tắt đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng khác biệt của các bệnh lý xoang thường gặp

Đặc điểm	Viêm mũi xoang cấp do virus	Viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn	Viêm mũi xoang mạn tính	Viêm xoang do nấm	Polyp mũi
Thời gian triệu chứng	< 10-14 ngày	> 10 ngày hoặc nặng lên sau cải thiện ban đầu	≥ 12 tuần	Biến đổi, có thể kéo dài	≥ 12 tuần (thường)
Dịch tiết mũi	Trong, loãng	Mủ, vàng/xanh	Mủ hoặc nhầy mủ	Có thể đặc, màu bất	Thường nhầy, có thể có mủ

				thường (nâu, đen)	
Nghẹt mũi	Thường có	Thường có	Thường có, dai dẳng	Có thể có	Thường rõ rệt, dai dẳng
Đau/áp lực mặt	Nhẹ đến trung bình	Trung bình đến nặng, khu trú	Thường nhẹ đến trung bình	Có thể dữ dội (xâm lấn)	Thường ít đau, cảm giác nặng mặt
Giảm/mất khứu giác	Ít gặp, thoảng qua	Có thể có	Thường gặp	Có thể có	Thường gặp, rõ rệt
Sốt	Có sốt cao	Có thể cao ($>38.5^{\circ}\text{C}$)	Ít gặp (trừ đợt cấp)	Có thể có	Ít gặp
Tiền sử	Không đặc hiệu, nhiều người trong nhà bệnh tương tự	Thường sau nhiễm virus	Có thể dị ứng, hen suyễn	Suy giảm miễn dịch (xâm lấn), dị ứng	Thường kèm hen, dị ứng, nhạy cảm aspirin
Thăm khám (Nội soi)	Niêm mạc phù nề, đỏ nhẹ	Mủ ở khe giữa, niêm mạc đỏ, phù nề	Niêm mạc phù nề, thoái hóa, có thể có mủ/polyp	Chất nhầy đặc/khối nấm (u nấm, AFRS), hoại tử (xâm lấn)	Khối polyp nhấn, xám nhạt, 2 bên

3 Tài liệu tham khảo

Evaluation and Management of the Patient with “Sinus” - PMC - PubMed Central, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7173008/>

Adult Sinusitis - Clinical Practice Guideline - American Academy of Family Physicians, <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/all-clinical-recommendations/adult-sinusitis.html>

Quyết định số 5643/QĐ-BYT tài liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng”

Kiến Thức Cơ Bản TAI MŨI HỌNG, Ấn bản lần 6, Biên tập bởi Harold Luman và Patrick J. Bradley -2013 Johny Wiley Sons, Ltd. SDmedia và CIPPS phát hành năm 2014.

4 Câu hỏi trắc nghiệm

Câu 1: Tiêu chuẩn thời gian để chẩn đoán Viêm mũi xoang MẠN TÍNH (viêm mũi xoang mạn) là các triệu chứng kéo dài ít nhất:

- A) 4 tuần
- B) 8 tuần
- C) 12 tuần
- D) 6 tháng

Câu 2: Đặc điểm nào sau đây gợi ý mạnh mẽ đến Viêm mũi xoang cấp do VI KHUẨN hơn là do virus?

- A) Triệu chứng kéo dài 5 ngày.
- B) Chảy nước mũi trong, loãng.
- C) Sốt nhẹ và đau đầu.
- D) Triệu chứng nặng lên sau khi cải thiện ban đầu ("bội nhiễm").

Câu 3: Triệu chứng nào thường gặp và nổi bật nhất ở bệnh nhân Viêm mũi xoang mạn tính CÓ POLYP MŨI (CRSwNP)?

- A) Sốt cao
- B) Đau mặt dữ dội
- C) Giảm hoặc mất khứu giác
- D) Chảy máu mũi

Câu 4: Thăm khám lâm sàng nào sau đây cung cấp hình ảnh trực quan chi tiết nhất về khe giữa và ngách sàng bướm?

- A) Quan sát tổng quát vùng mặt
- B) Sờ nắn các xoang
- C) Thăm khám mũi trước bằng mỏ vịt
- D) Nội soi mũi

Câu 5: Dấu hiệu nào sau đây là một biến chứng ổ mắt NGHIÊM TRỌNG của viêm mũi xoang cấp tính cần xử trí khẩn cấp?

- A) Nghẹt mũi và chảy dịch mũi sau kéo dài
- B) Sốt nhẹ và đau đầu vùng trán
- C) Phù nề nhẹ mi mắt trên
- D) Lồi mắt, nhìn đôi và giảm thị lực

(Đáp án: 1-C, 2-D, 3-C, 4-D, 5-D)

