

TIẾP CẬN ĐAU TAI H01

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Nắm vững các bước tiếp cận bệnh nhân đau tai một cách có hệ thống,
- Biết cách phân biệt các nguyên nhân gây đau tai và đưa ra hướng xử trí phù hợp.

2 NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1 Các nguyên nhân gây đau tai thường gặp

Đau tai là một triệu chứng phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nó có thể là dấu hiệu của nhiều bệnh lý khác nhau, từ những bệnh lý nhẹ nhàng cho đến những bệnh lý nghiêm trọng. Dưới đây là một số nguyên nhân phổ biến gây đau tai:

2.1.1 Viêm tai ngoài (Otitis externa):

- Nguyên nhân: Viêm nhiễm ở ống tai ngoài, thường do vi khuẩn hoặc nấm gây ra.
- Triệu chứng: Ngứa tai, đau tai, cảm giác đầy tai, chảy dịch tai, nghe kém.
- Yếu tố nguy cơ: Bơi lội, ngoáy tai bằng vật cứng, dị vật tai, bệnh lý da như chàm, vẩy nến.

2.1.2 Viêm tai giữa (Otitis media):

- Nguyên nhân: Viêm nhiễm ở tai giữa, thường do vi khuẩn hoặc virus gây ra.
- Triệu chứng: Đau tai, cảm giác đầy tai, chảy dịch tai, nghe kém, sốt, quấy khóc ở trẻ em.
- Yếu tố nguy cơ: Trẻ em dưới 6 tuổi, VA quá phát, dị tật vòm nhĩ, nhiễm trùng đường hô hấp trên.

2.1.3 Cholesteatoma:

- Nguyên nhân: Tích tụ bất thường các mô da, biểu mô vảy trong tai giữa, thường xảy ra sau thủng màng nhĩ.
- Triệu chứng: Chảy dịch tai có mùi hôi, nghe kém, đau tai, chóng mặt.
- Yếu tố nguy cơ: Viêm tai giữa mạn tính, thủng màng nhĩ.

2.1.4 Rối loạn chức năng vòi nhĩ (Eustachian tube dysfunction):

- Nguyên nhân: Vòi nhĩ bị tắc nghẽn, dẫn đến áp lực âm tính trong tai giữa.
- Triệu chứng: Cảm giác đầy tai, nghe kém, đau tai, ù tai.
- Yếu tố nguy cơ: Cảm lạnh, dị ứng, viêm mũi xoang, VA quá phát.

2.1.5 Bệnh Ménière:

- Nguyên nhân: Rối loạn điều hòa nội dịch trong tai trong.
- Triệu chứng: Chóng mặt, nghe kém, ù tai.
- Yếu tố nguy cơ: Di truyền, rối loạn vận mạch, rối loạn chuyển hóa.

2.1.6 Chấn thương tai:

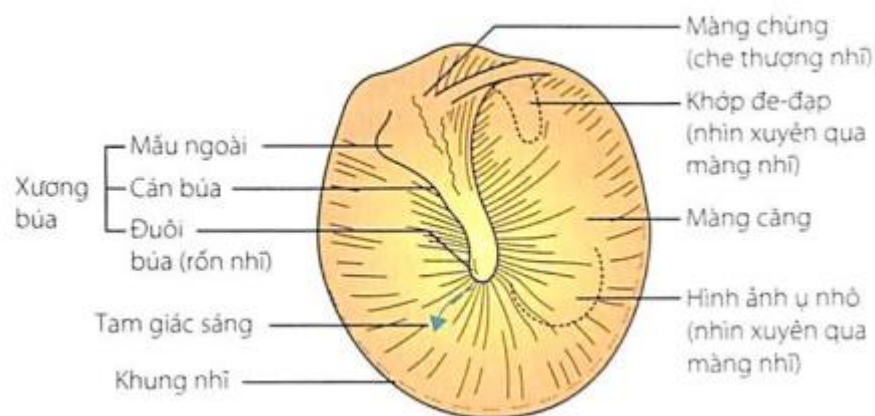
- Nguyên nhân: Chấn thương vùng tai, bao gồm gãy xương tai, thủng màng nhĩ, tổn thương tai trong.
- Triệu chứng: Đau tai, nghe kém, chảy máu tai, chóng mặt.

2.1.7 Đau thần kinh sinh ba (Trigeminal neuralgia):

- Nguyên nhân: Rối loạn thần kinh sinh ba, gây đau nhói dữ dội vùng mặt.
- Triệu chứng: Đau nhói vùng mặt, thường ở một bên, có thể lan đến tai.
- Yếu tố nguy cơ: Di truyền, bệnh lý mạch máu, chấn thương.

2.1.8 Các nguyên nhân khác:

- Đau răng: Đau răng có thể lan đến tai.
- Khối u vùng tai: Khối u vùng tai có thể gây đau tai, nghe kém, chóng mặt.
- Rối loạn tâm lý: Căng thẳng, lo âu có thể gây đau tai.



Quan sát màng nhĩ tai trái

2.2 Tiếp cận chẩn đoán

Để chẩn đoán đau vùng tai một cách nhanh chóng và hiệu quả, chúng ta cần kết hợp khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng một cách hệ thống. Dưới đây là một số điểm lưu ý đơn giản để nhớ giúp hướng đến chẩn đoán nhanh:

2.2.1 Khai thác bệnh sử:

- Thời gian khởi phát: Đau tai xuất hiện đột ngột hay từ từ? Kéo dài bao lâu?
- Tính chất đau: Đau nhói, âm ỉ, dữ dội, liên tục hay từng cơn? Đau có lan ra vùng khác không?
- Yếu tố khởi phát: Đau tai xuất hiện sau khi bị cảm lạnh, bơi lội, thay đổi thời tiết, chấn thương, hay sau khi dùng thuốc?
- Yếu tố làm giảm đau: Đau tai có giảm khi dùng thuốc giảm đau, nhỏ tai, hay nằm nghỉ?
- Triệu chứng kèm theo: Có chảy dịch tai, ù tai, nghe kém, chóng mặt, sốt, sưng vùng tai, sưng hạch cổ, hay khó nuốt?
- Tiền sử: Bệnh nhân có tiền sử bị viêm tai giữa, cholesteatoma, dị tật tai, hay bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch?

2.2.2 Thăm khám lâm sàng:

2.2.2.1 Quan sát:

- Vành tai: Có bất thường về hình dạng, kích thước, màu sắc, hay có sẹo?
- Ống tai ngoài: Có sưng đỏ, viêm, hay có dị vật, ráy tai?
- Khuôn mặt: Có sưng, phù nề, hay bất thường về cử động?

2.2.2.2 Sờ nắn:

- Vành tai: Ấn vào vành tai, xương chũm có đau không?
- Ống tai ngoài: Kéo vành tai có đau không?
- Xương chũm: Ấn vào xương chũm có đau không?
- Hạch cổ: Sờ nắn hạch cổ có sưng, đau, hay di động?

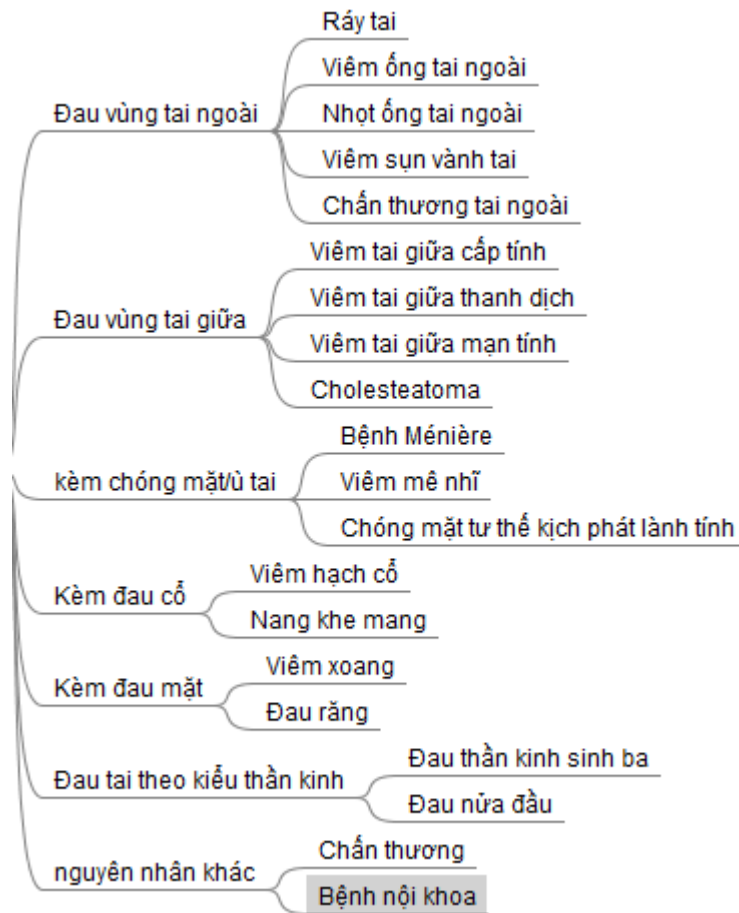
2.2.2.3 Soi tai:

- Quan sát ống tai ngoài: Có sưng đỏ, viêm, hay có dị vật, ráy tai?
- Quan sát màng nhĩ: Có sưng đỏ, phồng, lõm, hay thủng? Có dịch, máu, hay mủ trong tai giữa?

2.2.2.4 Kiểm tra chức năng:

- Nghe kém: Kiểm tra thính lực bằng âm thoa (nghiệm pháp Rinne, Weber).
- Chóng mặt: Kiểm tra bằng nghiệm pháp tư thế (Dix-Hallpike).

2.3 Phân biệt các nguyên nhân gây đau tai



Tiếp cận chẩn đoán theo giải phẫu

2.3.1 Đau vùng tai ngoài:

- Ráy tai: Đau tai thường nhẹ, cảm giác ngứa, khó chịu, nghe kém, có thể có dịch tai. Khám tai thấy ráy tai bít kín ống tai.
- Viêm ống tai ngoài: Đau tai dữ dội, tăng lên khi kéo vành tai, ấn vào vùng xương chũm, có thể có dịch tai, nghe kém. Khám tai thấy da ống tai sưng đỏ, phù nề, có thể có mủ, dịch tai.
- Nhọt ống tai ngoài: Đau tai dữ dội, tăng lên khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm, có thể có sốt. Khám tai thấy da ống tai sưng đỏ, phù nề, có mọng mủ trắng ở giữa.
- Viêm sụn vành tai: Đau tai, sưng đỏ, nóng, có thể có mủ, có thể lan rộng cả vành tai. Khám thấy sụn vành tai bị viêm, có thể có hoại tử.
- Chấn thương tai ngoài: Đau tai, có thể có chảy máu, dị vật, biến dạng vành tai. Khám thấy tổn thương vùng tai ngoài.

2.3.2 Đau vùng tai giữa:

- Viêm tai giữa cấp tính: Đau tai dữ dội, tăng lên khi nuốt, có thể có sốt, nghe kém, chảy dịch tai. Khám tai thấy màng nhĩ đỏ, phồng, có thể có mủ.

- Viêm tai giữa thanh dịch: Đau tai nhẹ, cảm giác đầy tai, nghe kém, có thể có dịch tai. Khám tai thấy màng nhĩ đục, có thể có mức nước hoặc bóng khí phía sau màng nhĩ.
- Viêm tai giữa mạn tính: Đau tai âm ỉ, có thể có chảy dịch tai, nghe kém. Khám tai thấy màng nhĩ thủng, có thể có polyp, cholesteatoma.
- Cholesteatoma: Đau tai âm ỉ, có thể có chảy tai, nghe kém, có thể có mùi hôi. Khám tai thấy màng nhĩ thủng, có thể có polyp, cholesteatoma.

2.3.3 Đau tai kèm triệu chứng tai trong:

- Bệnh Ménière: Đau tai, nghe kém, ù tai, chóng mặt từng cơn. Khám tai thấy màng nhĩ bình thường.
- Viêm mê nhĩ: Đau tai, nghe kém, ù tai, chóng mặt, có thể có sốt. Khám tai thấy màng nhĩ bình thường.
- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính: Đau tai, chóng mặt từng cơn, thường xảy ra khi thay đổi tư thế đầu. Khám tai thấy màng nhĩ bình thường.

2.3.4 Đau tai kèm đau tại vùng cổ:

- Viêm hạch cổ: Đau tai, sưng hạch cổ, có thể có sốt. Khám thấy hạch cổ sưng to, di động, ấn đau.
- Nang khe mang: Đau tai, sưng vùng cổ, có thể có dịch tai. Khám thấy nang vùng cổ, có thể có lỗ rò.

2.3.5 Đau tai kèm đau tại vùng mặt:

- Viêm xoang: Đau tai, đau vùng mặt, nghẹt mũi, chảy mũi. Khám thấy niêm mạc mũi phù nề, có thể có mủ.
- Đau răng: Đau tai, đau răng, có thể có sốt. Khám thấy răng bị sâu, viêm lợi.

2.3.6 Đau tai theo kiểu thần kinh:

- Đau thần kinh sinh ba: Đau tai, đau vùng mặt, đau nhói từng cơn kiểu đau thần kinh, thường xảy ra ở một bên mặt. Khám thấy điểm gây đau ở vùng mặt.
- Đau nửa đầu: Đau tai, đau đầu, buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng ồn. Khám thấy màng nhĩ bình thường.

2.3.7 Đau tai do nguyên nhân khác:

- Chấn thương đầu: Đau tai, có thể có chảy máu tai, nghe kém, chóng mặt, mất ý thức. Khám thấy tổn thương vùng đầu.
- Bệnh lý nội khoa: Đau tai, có thể có các triệu chứng khác như sốt, mệt mỏi, khó thở, đau đầu, đau vùng mặt, đau răng, đau cổ... Khám thấy tổn thương ở các cơ quan nội tạng.

2.3.8 Các dấu chứng gợi ý chẩn đoán nhanh:

- Đau tai đột ngột, dữ dội, kèm sốt, sưng vùng tai, màng nhĩ phồng đỏ: Nghi ngờ viêm tai giữa cấp tính.

- Đau tai kéo dài, kèm chảy dịch tai, nghe kém, màng nhĩ thủng: Nghi ngờ viêm tai giữa mạn tính.
- Đau tai dữ dội, kèm chóng mặt, ù tai, màng nhĩ bình thường: Nghi ngờ bệnh Ménière.
- Đau tai kèm sưng đỏ, viêm vùng ống tai ngoài, kéo vành tai đau: Nghi ngờ viêm ống tai ngoài.
- Đau tai kèm sưng vùng xương chũm, ấn vào xương chũm đau: Nghi ngờ viêm xương chũm.
- Đau tai kèm sưng hạch cổ, sưng vùng tai, có tiền sử bị mèo cào/ côn trùng cắn: Nghi ngờ bệnh nhiễm trùng do vi trùng không đặc hiệu.
- Đau tai kèm sưng vùng tai, có tiền sử bị chấn thương: Nghi ngờ chấn thương tai.
- Đau tai kèm chảy dịch tai, có tiền sử bị viêm tai giữa mạn tính: Nghi ngờ cholesteatoma.
- Đau tai kèm nghe kém, ù tai, chóng mặt, có tiền sử gia đình bị bệnh: Nghi ngờ xóp xo tai.
- Các triệu chứng trên chỉ là gợi ý, cần kết hợp với thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán chính xác. Nếu bệnh nhân có đau tai kèm theo các triệu chứng nguy hiểm như khó thở, khó nuốt, chóng mặt dữ dội, sốt cao, hay sưng vùng cổ, cần phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế chuyên khoa để được khám và điều trị kịp thời.

2.4 Xử trí điều trị một số bệnh thường gặp

2.4.1 Viêm ống tai ngoài:

Viêm ống tai ngoài là tình trạng viêm nhiễm ống tai do vi khuẩn, nấm hoặc tác nhân khác, gây đau, ngứa, chảy dịch và hiếm khi gây giảm thính lực. Điều trị bao gồm làm sạch ống tai bằng nước muối sinh lý, nhỏ thuốc kháng sinh (neomycin, polymyxin, chloramphenicol, gentamicin), kháng nấm (clotrimazole) hoặc giảm đau, kháng viêm (corticosteroid). Cần giữ tai khô ráo, tránh ngoáy tai và tiếp xúc nước. Chuyển tuyến khi viêm nặng, không đáp ứng điều trị hoặc nghi ngờ viêm tai ngoài ác tính.

2.4.2 Điều trị viêm tai giữa cấp (ASOM)

Kháng sinh được chỉ định trong hầu hết các trường hợp ASOM, với amoxicillin là lựa chọn hàng đầu, các lựa chọn khác bao gồm amoxicillin-clavulanate, cephalosporin, macrolide. Thời gian điều trị thường từ 5 đến 10 ngày. Paracetamol hoặc ibuprofen được sử dụng để giảm đau và hạ sốt, nhỏ tai bằng dung dịch giảm đau cũng có thể giúp giảm đau tại chỗ. Bệnh nhân cần tái khám sau 2-3 tuần để đánh giá, nếu dịch mủ vẫn còn hoặc nghe kém không cải thiện, có thể cần chọc hút dịch mủ hoặc đặt ống thông khí tai giữa nếu cần thiết. Chuyển tuyến được chỉ định khi viêm tai giữa nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc nghi ngờ biến chứng như viêm xương chũm, viêm mê nhĩ.

Về dự phòng, cần tiêm chủng đầy đủ vắc xin phòng bệnh đường hô hấp, giữ vệ sinh cá nhân, kiểm soát dị ứng mũi xoang, tránh khói thuốc lá, cho trẻ bú mẹ và tránh cho trẻ bú bình nằm.

2.4.3 Điều trị viêm tai giữa ứ dịch (OME)

OME thường tự khỏi, nên ban đầu theo dõi là chủ yếu. Điều trị nội khoa bao gồm thuốc thông mũi, chống dị ứng, corticosteroid (giảm viêm, phù nề, thông vòi nhĩ), thuốc long đờm, tiêu nhầy và hướng dẫn trẻ nghiệm pháp Valsava. Kháng sinh chỉ dùng khi có nhiễm trùng tai giữa cấp.

Phẫu thuật được cân nhắc khi OME kéo dài, gây giảm thính lực hoặc nguy cơ biến chứng: chích rạch màng nhĩ hút dịch (ít dùng), đặt ống thông nhĩ (phổ biến nhất) hoặc nạo VA (khi VA phì đại gây tắc vòi nhĩ).

Về dự phòng Kiểm soát dị ứng, giảm nguy cơ nhiễm trùng hô hấp (rửa tay, tránh người bệnh, tiêm phòng), tránh khói thuốc, cho trẻ bú mẹ, hạn chế dùng núm vú giả, khám tai mũi họng định kỳ.

2.4.4 Viêm màng nhĩ bóng nước

Viêm màng nhĩ bóng nước cần được điều trị giảm đau bằng paracetamol hoặc ibuprofen. Để kiểm soát viêm, có thể dùng thuốc nhỏ tai chứa corticosteroid và thuốc kháng histamin giúp giảm ngứa, chảy dịch. Trường hợp nghi ngờ nhiễm virus cúm, có thể dùng thuốc kháng virus như oseltamivir hoặc zanamivir, tuy nhiên, phần lớn các trường hợp do virus, bệnh sẽ tự khỏi mà không cần điều trị đặc hiệu. Cần chú ý vệ sinh tai, tránh để nước vào và không tự ý chọc vỡ bóng nước. Dự phòng bằng cách tiêm phòng cúm hàng năm, giữ gìn vệ sinh cá nhân, giữ ấm cơ thể và tăng cường sức đề kháng.

2.4.5 Cholesteatoma

Cholesteatoma là một khối u dạng túi phát triển trong tai giữa, cần được điều trị bằng phẫu thuật để loại bỏ hoàn toàn và tái tạo cấu trúc tai giữa. Tất cả các trường hợp cholesteatoma đều cần được chuyển tuyến đến bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng để được đánh giá và điều trị phù hợp.

2.4.6 Bệnh Menière

Bệnh Menière là rối loạn tai trong gây chóng mặt, ù tai và giảm thính lực. Điều trị bao gồm dùng thuốc (betahistine, lợi tiểu, acetyl leucin, corticoid) và phẫu thuật (mở túi nội dịch, cắt dây thần kinh tiền đình, hủy diệt mê nhĩ).

2.4.7 Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV)

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) gây ra các cơn chóng mặt ngắn và dữ dội do sỏi tai lạc chỗ. Điều trị chính là thực hiện các thao tác chỉnh tư thế đầu một cách chính xác để đưa sỏi tai trở về vị trí ban đầu trong tiền đình.

2.4.8 Suy tiền đình cấp tính

Suy tiền đình cấp tính là tình trạng rối loạn chức năng đột ngột của hệ thống tiền đình, gây chóng mặt dữ dội, buồn nôn, nôn và mất thăng bằng. Điều trị bao gồm nghỉ ngơi tại giường, nằm nghiêng và hạn chế tối đa cử động đầu. Bác sĩ có thể chỉ định thuốc corticosteroid và thuốc chống chóng mặt để giảm triệu chứng. Bệnh nhân cần được chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng để được đánh giá và điều trị chuyên sâu.

2.4.9 Liệt mặt

Liệt mặt là tình trạng mất khả năng vận động của cơ mặt. Điều trị bao gồm bảo vệ mắt bằng nước mắt nhân tạo và băng mắt, sử dụng corticosteroid (prednisolone 1mg/kg trong 7 ngày) và thuốc kháng virus (valacyclovir). Bệnh nhân cần được chuyển tuyến khi liệt mặt nặng, không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc nghi ngờ do bệnh lý tai giữa hoặc u tuyến mang tai.

2.4.10 Đau thần kinh

Đau thần kinh sinh ba gây ra các cơn đau mặt dữ dội. Điều trị nội khoa bao gồm sử dụng thuốc (carbamazepine, gabapentin). Phẫu thuật (giải áp vi mạch, phóng xạ định vị) được xem xét khi điều trị nội khoa thất bại. Bệnh nhân cần được chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng nếu không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Đau dây thần kinh lưỡi hầu: Điều trị nội khoa bằng thuốc chống động kinh (carbamazepine, gabapentin) và thuốc giảm đau. Phẫu thuật (giải ép vi mạch máu, cắt bỏ hạch thần kinh) khi nội khoa không hiệu quả.

Đau nửa đầu: Điều trị bằng thuốc giảm đau (paracetamol, ibuprofen), thuốc trị đau nửa đầu đặc hiệu (triptan, dihydroergotamin) và thuốc dự phòng (thuốc chẹn beta, thuốc chống trầm cảm). Thay đổi lối sống bao gồm tránh các yếu tố khởi phát (stress, thức ăn, giấc ngủ), thư giãn và tập thể dục.

Về dự phòng Đau dây thần kinh lưỡi hầu: Hạn chế yếu tố kích thích và kiểm soát tốt bệnh nền. Đau nửa đầu: Tránh yếu tố khởi phát và thực hiện lối sống lành mạnh.

2.4.11 Các nguyên nhân khác

Chấn thương: Xử lý vết thương, cầm máu và khâu phục hồi khi cần thiết. Cố định xương nếu có gãy. Chuyển tuyến khi chấn thương nặng, có tổn thương tai giữa hoặc tai trong.

U vùng tai: Phẫu thuật để loại bỏ khối u. Tất cả trường hợp u vùng tai cần được chuyển đến chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2.4.12 Trường hợp cần chuyển tuyến:

Bệnh nhân đau tai không rõ nguyên nhân, không đáp ứng với điều trị nội khoa. Bệnh nhân đau tai kèm theo các triệu chứng nguy hiểm như:

- Chảy dịch tai có mùi hôi.

- Nghe kém đột ngột, nặng.
- Chóng mắt, mắt thẳng băng.
- Sốt cao, sưng vùng tai.
- Liệt mặt.
- Khó thở.
- Khó nuốt.
- Bệnh nhân nghi ngờ bị bệnh lý tai giữa, tai trong, cholesteatoma, u vùng tai.

3 Tóm tắt

Để chẩn đoán đau vùng tai, cần kết hợp khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng,... Việc phân biệt các nguyên nhân gây đau tai dựa trên vị trí đau (tai ngoài, tai giữa, tai trong, vùng cổ, vùng mặt), tính chất đau (đột ngột, âm ỉ, dữ dội), triệu chứng kèm theo (chảy dịch tai, nghe kém, chóng mặt, sốt,...) và tiền sử bệnh.

Xử trí điều trị các bệnh thường gặp bao gồm sử dụng thuốc (kháng sinh, kháng viêm, giảm đau,...) và phẫu thuật (chích rạch màng nhĩ, đặt ống thông nhĩ, cắt bỏ Cholesteatoma,...). Trong một số trường hợp, cần chuyển tuyến đến bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng để được đánh giá và điều trị phù hợp.

4 Tham khảo

Kiến Thức Cơ Bản TAI MŨI HỌNG, Ấn bản lần 6, Biên tập bởi Harold Luman u0026amp; Patrick J. Bradley -2013 Johny Wiley u0026amp; Sons, Ltd. SDmedia và CIPPS phát hành năm 2014.

5 Trắc nghiệm

Câu 1: Triệu chứng nào sau đây KHÔNG phải là triệu chứng của viêm tai ngoài?

- A. Ngứa tai
- B. Đau tai
- C. Chóng mặt
- D. Chảy dịch tai

Câu 2: Yếu tố nguy cơ nào sau đây thường gặp ở trẻ em bị viêm tai giữa?

- A. Bơi lội thường xuyên
- B. Ngoáy tai bằng vật cứng
- C. VA quá phát
- D. Bệnh lý da như chàm, vẩy nến

Câu 3: Triệu chứng nào sau đây là đặc trưng của Cholesteatoma?

- A. Đau tai dữ dội, tăng lên khi nuốt
- B. Chóng mặt từng cơn, ù tai

- C. Chảy dịch tai có mùi hôi, nghe kém
- D. Cảm giác đầy tai, nghe kém, đau tai

Câu 4: Nghiệm pháp nào sau đây được sử dụng để kiểm tra chóng mặt?

- A. Nghiệm pháp Rie
- B. Nghiệm pháp Weber
- C. Nghiệm pháp Dix-Hallpike
- D. Nghiệm pháp Valsava

Câu 5: Phương pháp điều trị nào sau đây thường được sử dụng cho viêm tai giữa cấp (ASOM)?

- A. Chích rạch màng nhĩ hút dịch
- B. Đặt ống thông nhĩ
- C. Kháng sinh (amoxicillin)
- D. Phẫu thuật cắt bỏ Cholesteatoma

Đáp án: 1C, 2C, 3C, 4C, 5C