



QUY TRÌNH

KỸ THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

2023

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN
KHOA TAI MŨI HỌNG



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA TAI - MŨI - HỌNG

2023

MỤC LỤC	Trang
A. Khoa khám	1
1. Sinh thiết u họng miệng (amydal, lưỡi, niêm mạc má)	1
2. Cắt chỉ sau phẫu thuật	3
3. Hút mũi	5
4. Lấy nút biểu bì ống tai ngoài	6
5. Chích rạch màng nhĩ	7
6. Bơm hơi vòi nhĩ	9
7. Lấy dị vật họng miệng – hạ họng	11
8. Lấy dị vật tai	13
9. Lấy dị vật mũi	15
10. Phương pháp proetz	17
b. Khoa tai – mũi – họng.....	18
I. PHẦN HỌNG THANH QUẢN	18
1. Nội soi thực quản ống cứng lấy dị vật gây tê/ gây mê.....	18
2. Lấy dị vật họng miệng (gây mê)	21
3. Lấy dị vật hạ họng (gây mê)	23
4. Chích áp xe quanh amidan (gây tê)	25
5. Chích áp xe thành sau họng (gây tê).....	27
6. Phẫu thuật cắt amidan gây mê	29
7. Phẫu thuật xử trí chảy máu sau cắt amidan	32
8. Phẫu thuật nạo va gây mê nội khí quản bằng thìa la force	34
9. Phẫu thuật nội soi nạo v.a bằng thìa nạo.....	36
10. Phẫu thuật mở khí quản ra da	38
II. PHẦN MŨI XOANG.....	41
11. Nội soi lấy dị vật mũi (gây tê / gây mê).....	41
12. Nhét bắc mũi trước	43
13. Nhét bắc mũi sau.....	45
14. Cầm máu mũi bằng merocel(1 bên/2 bên).....	47
15. Hút rửa mũi, xoang sau mổ.....	49
16. Cầm máu điểm mạch mũi bằng hóa chất (bạc nitrat)	51
17. Chọc rửa xoang hàm	53
18. Nâng chỉnh hình xương chính mũi sau chấn thương (gây tê tại chỗ/gây mê)	55
19. Nội soi đốt điện cuốn mũi dưới gây mê.....	57

20. Nội soi bề cuốn mũi dưới.....	59
21. Phẫu thuật mở xoang hàm.....	61
22. Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi	63
23. Phẫu thuật nội soi bịt lỗ thủng vách ngăn mũi.....	66
24. Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới	68
25. Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi giữa.....	70
26. Phẫu thuật cắt concha bullusa cuốn mũi.....	72
27. Phẫu thuật nội soi tách dính niêm mạc hốc mũi	74
28. Phẫu thuật nội soi cầm máu sau phẫu thuật nội soi mũi xoang	76
29. Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang	78
30. Phẫu thuật nội soi thắt/đốt động mạch bướm khẩu cái.....	82
31. Phẫu thuật nội soi mở xoang sàng hàm trán bướm.....	84
32. Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm.....	86
33. Phẫu thuật nội soi mở xoang trán	88
III. PHẦN TAI	90
34. Lấy dị vật tai (gậy tê /gậy mê)	90
35. Phẫu thuật lấy đường rò luân nhĩ.....	92
36. Phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ.....	94
37. Vá nhĩ bằng nội soi	96
38. Vi phẫu vá nhĩ đơn thuần.....	99

A. KHOA KHÁM

1. SINH THIẾT U HỌNG MIỆNG (AMYDAL, LƯỖI, NIÊM MẠC MÁ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong họng miệng để làm xét nghiệm mô bệnh học.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của họng miệng cần xác định mô bệnh học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các phình mạch.
- Sa màng não.
- U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.
 - + Kẹp sinh thiết.
 - + Bấc, gelaspon.
- Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bấc).

4.3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
- Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
- Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bấc xylocain.
- Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.

6. THEO DÕI

- Lưu bệnh nhân theo dõi 15 phút đến khi ngưng máu ở chỗ bấm sinh thiết
- Hướng dẫn bệnh nhân gửi mẫu GPB

- Dặn bệnh nhân dùng thuốc theo toa

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bác thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải tiến hành cầm máu cấp cứu.

- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.
- Sốc: chống sốc.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

2. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt chỉ vết khâu da đúng thời điểm giúp cho da liền tốt, sẹo liền đẹp hơn

2. CHỈ ĐỊNH

Vết mổ đã được khâu 5-7 ngày

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối : không
- Tương đối: vết thương chưa lành

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ / điều dưỡng chuyên khoa tai mũi họng

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ sát khuẩn: gòn, gạc, betadin
- Kéo cắt chỉ hoặc dao 11
- Kelly

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng vết khâu bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng phanh kẹp chỉ, kéo cắt đứt chỉ khâu
- Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra
- Sát khuẩn vùng vết khâu bằng dung dịch betadin 5%.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

3. HÚT MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Hút mũi là quá trình lấy bỏ dịch, mủ ở vùng mũi bằng ống hút mềm, nhỏ, dưới lực hút của máy hút

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi xuất tiết

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: Bệnh nhân đang chảy máu mũi
- Tương đối:
 - + Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa về huyết học, tim mạch, tâm thần
 - + Bệnh nhân đang viêm mũi đợt cấp xuất tiết nhiều

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Bệnh nhân

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Đối với trẻ nhỏ: hướng dẫn người nhà cách ôm bé trong khi hút mũi

4.3. Dụng cụ

- Ống hút mũi mềm, máy hút, dây nối
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nhỏ nước muối sinh lý NaCl 0,9% vài giọt vào 2 mũi
- Luồn ống hút sát sàn mũi ra tới vòm mũi họng, bắt đầu rút ống mũi từ từ ra ngoài. Lập lại thao tác này mỗi bên mũi 2-3 lần tùy theo dịch tiết mũi của bệnh nhân nhiều hay ít.

6. THEO DÕI

Sau khi hút mũi dặn dò bệnh nhân:

- Tái khám nếu dịch tiết mũi nhiều để hút mũi thêm những ngày sau đó
- Chăm sóc vùng mũi tại nhà: tích cực xì mũi bằng nước muối sinh lý NaCl 0,9% hoặc nước biển sâu
- Ăn uống bình thường

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

4. LẤY NÚT BIỂU BÌ ỐNG TAI NGOÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nút biểu bì ống tai gây bít tắc ống tai ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi có nút biểu bì ống tai ngoài thì phải lấy ra.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37-38°C).

4.3. 3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nút biểu bì mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Nút biểu bì khó lấy:
 - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
 - + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của nút biểu bì.
 - + Dùng dụng cụ để lấy nút biểu bì ra.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm sâu sát, chảy máu: phải đặt bác thấm dầu + kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

5. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch màng nhĩ là thủ thuật nhằm dẫn lưu dịch hoặc mủ trong hòm nhĩ chảy ra.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai giữa cấp ứ mủ hoặc đã vỡ mủ nhưng lỗ thủng quá nhỏ không đủ để dẫn lưu.
- Viêm tai ứ dịch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nghi có u cuộn cảnh.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.
- Dao chích rạch màng nhĩ.

4.3. Người bệnh

- Người lớn và trẻ lớn: ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.
- Trẻ bé: dùng khăn quấn chặt, một người bế và một người giữ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tay trái đặt ống soi tai xác định rõ vị trí màng tai.
- Tay phải cầm dao chích nhĩ rạch một đường dài 2-3 mm ở 1/4 sau dưới màng nhĩ dọc theo đường rìa, giữa cán búa và khung nhĩ, mũi dao chỉ rạch màng nhĩ không đi sâu làm tổn thương đến thành trong (trong sau) sau hòm nhĩ. Rạch xong có dịch hoặc mủ chảy ra: lau hoặc hút sạch.
- Đặt 1 tente (miếng gạc nhỏ được gấp nhọn một đầu) tẩm dung dịch kháng sinh (chloramphenicol) vào ống tai ngoài, đầu tente chạm vào màng nhĩ để dẫn lưu.
- Rút tente sau 24 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chích rạch sai vị trí có thể gây:

- Tổn thương xương con.
- Tổn thương cửa sổ tròn.
- Tổn thương ống tai ngoài.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

6. BƠM HƠI VÒI NHĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Bơm hơi vòi nhĩ là thủ thuật bơm không khí qua vòi nhĩ để làm thông thoáng vòi nhĩ.

2. CHỈ ĐỊNH

Tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ (vòi Eustachi).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có viêm mũi họng cấp, viêm VA, viêm xoang sau có mủ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ

+ Bộ bơm hơi vòi nhĩ:

- Một quả bóng cao su Politzer nối với một ống cao su có một đầu khít lỗ mũi.
- Một ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50 cm hai đầu có núm nhựa.
- Que tăm bông cong, bông.

- Thuốc: thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

4.3. Người bệnh

Được nghe giải thích về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có hai cách

➤ 1. Dùng bóng cao su: đơn giản, thường làm ở người lớn.

- Cho người bệnh ngậm 1 ngụm nước và chỉ nuốt khi có lệnh của thầy thuốc.

- Đặt đầu ống cao su ở bóng Politzer khít vào lỗ mũi bên vòi tai bị tắc, lấy tay bít kín lỗ mũi còn lại.

- Ra lệnh cho người bệnh nuốt nước đồng thời bóp mạnh bóng.

- Cần làm vài lần để duy trì.

➤ 2. Dùng ống thông Itard

- Dùng que bông cong thấm thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%-6%) gây tê ở loa vòi trong 5-10 phút.

- Đặt đầu cong của ống Itard sát sàn mũi từ từ đẩy ống từ trước ra sau tới sát thành sau họng thì rút lại ống về phía thầy thuốc 1,5 cm đồng thời quay ống thông 90° lên phía trên và ra ngoài. Đầu ống lướt qua loa vòi để rơi vào hố miệng vòi.

- Bơm hơi và kiểm tra.

- Rút ống Itard theo chiều ngược lại.

❖ Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu.

- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ.

- Tràn khí: ngừng thông và theo dõi, không khí sẽ hết nhanh.

- Viêm tai giữa cấp: điều trị viêm tai giữa.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kĩ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

7. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG – HẠ HỌNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng, hạ họng

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong họng miệng, hạ họng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Kim Frankel hoặc kẹp phễu tích gắp dị vật hạ họng.

4.3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang cổ thẳng – nghiêng, X-quang ngực thẳng nếu có.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi

5.3.3. Kỹ thuật

Soi gắp dị vật bằng Kim Frankel hoặc kẹp phễu tích gắp dị vật hạ họng.

- Người bệnh ngồi.
- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.

- Gấp dị vật bằng kìm Frankael.

6. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

8. LẤY DỊ VẬT TẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.
- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37-38°C).

4.3. Người bệnh

Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
 - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
 - + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
 - + Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
 - + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
- Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

5.2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.
- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm sâu sát, chảy máu: phải đặt bắc thấm dầu + kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.
- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

9. LẤY DỊ VẬT MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật mũi là sự hiện diện vật lạ trong hốc mũi có thể gây tắc nghẽn, tổn thương mũi. Đây là cấp cứu tai mũi họng

- Nguyên nhân do trẻ nhét vật lạ, đồ chơi vào mũi. Dị vật thường là đồ chơi nhỏ, mảnh giấy, viên bi, cục pin nhỏ, cục nam châm nhỏ, hạt nút, hạt đậu...

2. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Băng, bác để có thể phải nhét bác hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.
- Máy nội soi tai mũi họng.

4.3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

5.2. Vô cảm

Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngắn.

5.3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bác có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

- + Banh mũi, dùng móc luôn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
- + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

7. VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.
- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

10. PHƯƠNG PHÁP PROETZ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp Proetz còn được gọi là phương pháp đổi thể giúp cho điều trị xoang sau (xoang sàng và xoang bướm).

2. CHỈ ĐỊNH

Hút rửa và đưa thuốc vào xoang sau khi lỗ thông xoang bít tắc không hoàn toàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi viêm xoang có biến chứng (đau đầu, nhìn mờ, sưng tấy quanh ổ mắt).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hay Điều dưỡng học định hướng Tai Mũi Họng.

Phương tiện

- Dụng cụ:

- + Kẹp khuỷu
- + 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 ml để lấy nước muối sinh lý)
- + Máy hút
- + Ampu

- Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

4.2. Người bệnh

Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.

- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt

- hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê để buồm hàm đập kín đường xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

B. KHOA TAI – MŨI – HỌNG

I. PHẦN HỌNG THANH QUẢN

1. NỘI SOI THỰC QUẢN ỚNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ/ GÂY MÊ

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản là phương pháp khám bằng ống soi cứng đưa vào thực quản để lấy dị vật

2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Lao cột sống cổ.
- Bị nhiễm trùng cấp, viêm thực quản cấp, áp xe thực quản cổ, áp xe trung thất (do dị vật).
- Cao huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim.
- Phòng quai động mạch chủ.
- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.
- Khít hàm.
- ❖ Đối với ống soi cứng vẫn có chỉ định soi rộng rãi, trừ: nhiễm trùng lan rộng (áp xe quanh thực quản).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm soi thực quản.

4.2. Phương tiện

- Bộ ống soi thực quản cứng (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).
- Máy hút, ống hút.
- Kẹp gấp dị vật.
- Ô xy.

4.3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Làm xét nghiệm cơ bản, chụp thực quản cản quang hoặc cổ nghiêng.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi.
- Nhịn ăn, uống trước soi 2 giờ.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan làm kỹ thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê niêm mạc hoặc gây mê nội khí quản.
- Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thật đi sau 2 sụn phổi.
- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản đoạn cổ-ngực tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.
- Soi thực quản ngực tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.
- Vượt qua eo cơ hoành.
- Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

6. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, nhịp thở, huyết áp, màu sắc da và niêm mạc.
- Theo dõi sau soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi soi

- Phản xạ co thắt thanh quản đối với trường hợp gây tê:
 - + Dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh quản, họng, hạ họng.
 - + Khi bắt đầu xuất hiện dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy; khi còn có co thắt thực sự tiêm ngay thuốc dẫn cơ, đặt nội khí quản,
 - + hô hấp hỗ trợ.
- Khó thở do dị vật to hay ở trẻ gây chèn ép: ngừng soi, cho gây mê dẫn cơ, đặt nội khí quản sau đó soi thực quản.
- Phản xạ ngừng tim: khi phát hiện biểu hiện ngừng tim phải ngừng soi, cho thở oxy kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ. Nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp ngoài lồng ngực.
- Chảy máu: do rách, thủng thực quản, cầm máu tại chỗ, theo dõi mạch, huyết áp. Nếu cần truyền máu hồi sức, gửi ngoại khoa.

7.2. Sau khi soi

- Hội chứng sốt cao xanh tái trẻ nhỏ: đề phòng bằng cách sau soi nhỏ mũi adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy an thần, gây mê nội khí quản thở mask.
- Thủng thực quản: hồi sức, kháng sinh liều cao, đặt ống thông dạ dày, chuyển khoa ngoại điều trị.
- Khó thở do sang chấn: cho kháng sinh, thuốc chống phù nề, thở oxy.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

2. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG (GÂY MÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng phức tạp, bệnh nhân nhỏ tuổi không hợp tác, bệnh nhân há miệng hạn chế.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong họng miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

4.3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).
- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thích dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản).

5.3.3. Kỹ thuật

a. Soi gấp dị vật bằng kìm Frankael

- Người bệnh ngồi.
- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.
- Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

b. Soi gấp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.
- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.
- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.
- Gắp dị vật bằng kìm gấp dị vật hạ họng.

6. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.
- Điều trị tràn khí nếu có.
- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

3. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG (GÂY MÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng phức tạp, bệnh nhân nhỏ tuổi không hợp tác, bệnh nhân há miệng hạn chế.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong hạ họng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.
- Phương tiện
- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

4.2. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

4.3. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).
- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thích dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản).

5.3.3. Kỹ thuật

a. Soi gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

- Người bệnh ngồi.
- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.
- Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

b. Soi gấp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.
- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.
- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.
- Gắp dị vật bằng kìm gấp dị vật hạ họng.

6. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.
- Điều trị tràn khí nếu có.
- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

4. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN (GÂY TÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch dẫn lưu mủ khoảng quanh amidan qua đường miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe quanh amidan (viêm tấy quanh amidan giai đoạn hình thành mủ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hóa mủ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Đèn Clar, gương trán...
- Đèn lưỡi khuỷu.
- Bơm tiêm 5-10 ml và kim chọc dò to.
- Dao chích nhọn mũi.
- Kim Lube Bacbông.
- Máy hút.
- Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

4.3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Gây tê niêm mạc họng bằng phun dung dịch tê niêm mạc.

5.2. Tư thế

Người bệnh ngồi, tựa lưng, đầu hơi ngửa, há miệng rộng.

5.3. Kỹ thuật

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1 cm.
- Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.
- Dùng kim Lube Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.

- Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.
- Làm thuốc hàng ngày: dùng kèm Lube-Bacbông banh rộng vết rạch, rửa ổ áp xe.
- Chỉ định cắt amidan sau 3-4 tuần để đề phòng tái phát.

6.2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh về thủ thuật, dùng thuốc trợ tim, trợ lực, an thần...

- Chảy máu ít: dùng bông tẩm dung dịch oxy già đặt vào vết rạch, nếu còn chảy máu thì dùng bông tẩm Rhinex ép vào vết rạch

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

5. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG (GÂY TÊ)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chích áp xe thành sau họng là chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng, khoảng 1 của Henle. Thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi do viêm nhiễm hạch Gilet.

2. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe thành sau họng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Nguồn sáng (đèn Clar...).
- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.
- Máy hút.
- Đè lưỡi khuỷu.
- Dao chích nhọn mũi.

4.3. Người bệnh

Được quần chặt bằng khăn mỏng.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Tùy theo tình trạng người bệnh có thể gây tê hoặc mê.

5.2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn, đầu thấp, thò ra đầu bàn do một người phụ giữ.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh (nếu thuận tay phải).

5.3. Kỹ thuật

- Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.
- Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5 mm, hút bớt mủ cho áp xe xẹp lại, người bệnh sẽ dễ thở hơn.
- Dùng dao nhọn chích theo chỗ chọc dò theo chiều trên dưới dài 5 mm.
- Hút sạch mủ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Ngạt thở, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.
- Khám lại họng hàng ngày, nếu cần thiết phải banh rộng vết chích và hút mủ.
- Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

6.2. Xử trí

- Đè lưỡi quá thô bạo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho người bệnh thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút bớt mủ.
- Khi chích, mủ trào ra nhiều tràn vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân dốc ngược đầu xuống.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

6. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt amidan là một phẫu thuật thường gặp trong lĩnh vực Tai Mũi Họng. Mục đích của phẫu thuật là lấy toàn bộ hai khối amidan bị bệnh không còn chức năng sinh lý ra khỏi họng miệng. Để lấy hết tổ chức amidan, tránh bỏ sót, cầm máu kỹ, giảm tối đa đau đớn và tâm lý sợ hãi, đặc biệt là trẻ em trong suốt quá trình phẫu thuật thì phương pháp gây mê nội khí quản là sự lựa chọn trong phẫu thuật cắt amidan hiện nay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Có nhiều đợt viêm cấp 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liên.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng thở, ăn, phát âm.
- Amidan viêm mạn tiềm tàng, đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tạm thời

- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.
- Đang có dịch ở địa phương.
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

3.2. Tuyệt đối

Trong các bệnh tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, Basedow... hen, lao đang tiến triển.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thông lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thông lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

4.3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.
 - + Chức năng gan, thận.
 - + Chụp Xquang phổi.

- Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.

- Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thông lọng (Anse) dưới gây mê.

5.4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, hạ đầu để cổ ngửa ra.
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

5.5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đồ dung dịch Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.

- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.

- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải để cắt amidan trái, đặt bên trái để cắt amidan phải.

- Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. Buộc chỉ cầm máu hốc amygdal sau khi cắt, đốt điện thậm chí có thể thất động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ và chảy máu muộn do bong vảy ngày thứ 5-7 sau cắt amidan.

- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.

- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng đến cơ sở y tế có chuyên khoa để kiểm tra và can thiệp kịp thời.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu hồ amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

7. PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật xử trí chảy máu của hốc ổ amidan.

2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu sau cắt amidan không tự cầm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thông lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thông lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

4.3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.
 - + Chức năng gan, thận.
 - + Chụp Xquang phổi.
- Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thông họng (Anse) dưới gây mê.

5.4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

5.5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đổ dung dịch Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.
- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.
- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải hoặc bên trái.
- Hút hết dịch máu đọng trong họng, bơm rửa sạch hốc mổ, kiểm tra tìm rõ điểm chảy máu.
- Cầm máu bằng dao bipolar hoặc khâu cầm máu

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ.
- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.
- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng kiểm tra và can thiệp kịp thời.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muon.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

8. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN BẰNG THÌA LA FORCE

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo VA là lấy bỏ toàn bộ tổ chức VA và amidan vòm mà không làm tổn thương thành của vòm mũi họng.

2. CHỈ ĐỊNH

- VA quá phát gây cản trở đường thở.
- VA hay bị viêm tái đi tái lại.
- VA gây viêm kế cận.
- Tuổi không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu.
- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Lao sơ nhiễm.
- Trẻ hở hàm ếch.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mở miệng David Boys.
- Dụng cụ nạo VA La Force.
- Ống hút nội soi, kẹp phẫu tích, bác mũi, thuốc co mạch oxymetazolin, gương soi vòm, sonde Nelaton hoặc dây hút mũi số 6.
- Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...

4.3. Người bệnh

- Được xét nghiệm máu cơ bản, chụp phim XQ tim phổi, điện tâm đồ, nội soi Tai Mũi Họng và khám trước mổ như thông thường.
- Lấy hồ sơ bệnh án.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Người bệnh được thực hiện dưới gây mê toàn thân.

5.2. Kỹ thuật

- Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch oxymetazolin khoảng từ 3 đến 5 phút.
- Mở miệng bằng bộ dụng cụ David Boys.

- Luồn sonde Nelaton hoặc dây hút mũi qua mũi xuống họng, buộc 2 đầu lại ở phần cửa mũi để kéo lưỡi gà ra trước.
- Dùng gương soi vòm đưa vào miệng sát lưỡi gà quan sát tổ chức V.A.
- Đưa dụng cụ nạo V.A qua đường miệng đến vòm, tỳ sát tổ chức V.A. Nạo V.A bằng dụng cụ nạo La Force. Tiến hành nạo hết tổ chức V.A, không làm tổn thương thành sau của vòm mũi họng.
- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấn sát lên trần vòm trong 1-2 phút.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1-2 giờ mới cho ăn.
- Theo dõi các tai biến khác.
- Khám lại sau một ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu
- Nạo chưa hết: nạo lại.
- Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng ống hút đông điện, hoặc Bipolar, dùng kháng sinh và theo dõi.
- Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.
- Nhiễm khuẩn
- Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

9. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO V.A BẰNG THÌA NẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Nạo V.A là phẫu thuật nạo lấy bỏ tổ chức lympho viêm và quá phát ở vùng vòm mũi họng nhằm loại trừ nguyên nhân gây viêm nhiễm ở vùng mũi họng trẻ em.

2. CHỈ ĐỊNH

- V.A quá phát gây cản trở đường thở.
- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.
- V.A gây viêm kế cận.
- Tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, bệnh lý về máu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Lao sơ nhiễm.
- Trẻ hở hàm ếch.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên đã được đào tạo về phẫu thuật Nạo V.A nội soi.

4.2. Phương tiện

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật KarlStorz 250w.
- Optic 0 độ, 4 mm.
- Thìa nạo
- Băng miệng.
- Thuốc co mạch nasolin.
- Dây vén màn hầu.

4.3. Người bệnh

- Được khám nội soi chẩn đoán V.A trước đó.
- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.
- Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Gây mê toàn thân

5.4. Kỹ thuật

- Kỹ thuật nạo V.A đường miệng: (áp dụng với trẻ em nhỏ)
 - + Đặt thuốc co mạch (nasolin) hốc mũi 2 bên.
 - + Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn
 - + hầu và lưỡi gà lên.
 - + Dùng thìa nạo tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.
 - + Cầm máu bằng gạc tẩm Rhinex. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt
 - + cầm máu bằng Bibolar.
- Kỹ thuật nạo V.A đường mũi: (áp dụng với người lớn và trẻ em lớn)
 - + Đặt thuốc co mạch nasolin hốc mũi 2 bên.
 - + Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn
 - + hầu và lưỡi gà lên.
 - + Dùng thìa nạo tiến hành nạo V.A qua đường mũi 1 bên dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi bên đối diện.
 - + Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng Bibolar.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MÔ

- Hai giờ sau khi nạo V.A, kiểm tra họng:
 - + Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.
 - + Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.
- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đốt cầm máu.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

10. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN RA DA

1. ĐỊNH NGHĨA

Mở khí quản là tạo ra một đường thở mới ở khí quản trong những trường hợp bí tắc hầu thanh quản hoặc cho mục đích hồi sức chung.

2. CHỈ ĐỊNH

Bít tắc đường hô hấp trên do u, viêm, dị vật, chấn thương vùng cổ và thanh quản như:

- Dị vật thanh quản, khí quản, hạ họng.
- U hạ họng, thanh quản, u tuyến giáp chèn ép vào trong lòng khí quản.
- Viêm thanh quản bạch hầu, viêm thanh thiệt, viêm toàn bộ thanh quản phù nề, dị ứng.
- Chấn thương cổ và thanh quản.
- Liệt cơ mở thanh quản, uốn ván gây co thắt bất thường.
- Bại liệt thể hành não.
- Mở khí quản để phòng ngừa trước trong những phẫu thuật lớn vùng cổ mặt.
- Mở khí trong trường hợp phải hồi sức thở máy lâu dài.
- Sẹo hẹp thanh khí quản.
- Tổn thương từ bên ngoài chèn vào đường thở như u, viêm nhiễm trên sụn thanh khí quản gây xẹp thanh khí quản.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng và người phụ.

3.2. Phương tiện

01 dao mổ thường, 01 dao mổ nhỏ, 01 kéo thẳng, 01 kéo Sim, 04 kìm Kocher, 04 kìm Halstead, 02 banh Farabeup, 01 banh ba chạc Laborde, 01 bóc tách lòng máng, 02 kẹp phẫu tích (có máu và không máu) 01 kìm cặp kim và kim, chỉ, 01 ống hút, dây cao su, máy hút, canuyn khí quản.

3.3. Người bệnh

Được chuẩn bị chu đáo theo quy định.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có 3 loại mở khí quản: mở cao, mở trung bình và mở thấp. Trong trường hợp tối cấp có thể dùng một kim to (trocar) chọc qua màng giáp nhẫn cho người bệnh thở tạm.

4.1. Vô cảm

Gây tê, tiêm thuốc tê dưới da và tổ chức từ sụn nhẫn tới hõm ức, hoặc gây mê nếu được đặt ống nội khí quản trước.

4.2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, dưới vai có đệm gối, đầu ngửa hết sức ra sau. Trong trường hợp khó thở nặng để người bệnh nằm bình thường, đến khi rạch được khí quản mới cho đầu ngửa.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, đeo nguồn sáng (đèn Clar) (hoặc đèn trần tốt). Người phụ đứng bên đối diện với phẫu thuật viên.

4.3. Kỹ thuật

➤ Thì 1: Rạch da

Phẫu thuật viên dùng tay trái giữ lấy sụn giáp (ngón cái và ngón giữa hai bên sụn giáp ngón trỏ giữ giữa sụn giáp). Rạch từ bờ dưới sụn nhẫn, đường rạch khoảng 3 cm, cắt da và lớp mỡ dưới da, bộc lộ được cân nông, nếu chảy máu kẹp tạm.

➤ Thì 2: Tách cơ

Dùng dao rạch cân nông theo đường trắng giữa. Dùng bóc tách, tách 2 nhóm cơ dưới móng sang hai bên. Dùng banh Faraboeuf kéo hai nhóm cơ sang hai bên.

➤ Thì 3: Bộc lộ khí quản

Dùng bóc tách lòng máng gỡ tổ chức trước khí quản, kéo nhẹ eo tuyến giáp xuống dưới hoặc lên trên để bộc lộ khí quản. Nếu eo to quá dùng hai kẹp Kocher kẹp hai bên rồi cắt eo, để khâu buộc sau.

➤ Thì 4: Chỉ rạch khí quản khi thấy vòng sụn khí quản

Tiêm nhanh 1 ml xylocain 1% vào khí quản để phản xạ ho (trước khi bơm hút ra có khí là đúng khí quản). Dùng dao nhỏ lưỡi dao quay lên trên, chọc thủng khí quản rồi hất lên trên theo đúng đường giữa, khoảng 2 vòng sụn.

➤ Thì 5: Đặt ống canuyn khí quản

Luồn nhanh ống thông vào khí quản rồi rút ngay nòng ống thông ra, lắp ngay ống thông vào. Nếu khó khăn dùng banh ba chạc Labord banh lỗ mở ra.

➤ Thì 6: Khâu da

Khâu da trên và dưới vài mũi.

➤ Thì 7: Buộc băng

Buộc 2 dây quai cố định ra sau cổ để khi ho không bật ống ra được. Đặt yếm cho người bệnh.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

5.1. Theo dõi

- Mùa lạnh để người bệnh nằm buồng ấm, thoáng.
- Phải sử dụng máy hút và ống cao su nhỏ để hút đờm rãi khi xuất tiết.
- Ngày 2-3 lần nhẹ nhàng lấy ống thông trong ra, rửa thông sạch, sát khuẩn rồi lắp lại tránh tắc. Thay yếm khi bị bẩn.
- Khi nào bệnh khỏi, thở đường trên được thì rút ống. Trước khi rút ống cho thuốc an thần hay thuốc ngủ.
- Phải buộc băng đỏ hoặc kẻ chữ mới rút ống thông ở đầu giường người bệnh.

- Chuẩn bị một bộ ống thông sẵn đặt ngay đầu giường người bệnh, để khi cần đặt lại không lúng túng.

5.2. Xử trí

- Chảy máu:

- + Chạm vào những mạch máu: kẹp buộc lại.
- + Chạm vào tuyến giáp chảy máu: khâu lại.
- + Mở khí quản lâu do loét, canuyn cọ chảy máu niêm mạc dễ cầm. Nếu chảy máu lớn vì vỡ các mạch máu cổ thì cần phải mở ra và kẹp buộc lại.

- Tràn khí:

- + Tràn khí nhẹ dưới da: cần cắt bớt chỉ đã khâu.
- + Tràn khí rộng: phải cầm kim cho thoát khí.
- + Tràn khí màng phổi: phải hút liên tục để hồi sức, thở cho tốt.

- Đôi khi mở tốt rồi, toàn bộ hệ thống đường thở co thắt, nếu ta bóp bang mà chống lại bóng thì phải chống co thắt, thậm chí phải gây mê giãn cơ có máy thở hỗ trợ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

II. PHẦN MŨI XOANG

11. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY TÊ / GÂY MÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.
- Tiêu chuẩn nhập viện: phải nhập viện để gây mê lấy dị vật khi có một trong các tiêu chuẩn sau
 - Dị vật mũi nằm sâu trong mũi.
 - Dị vật có móc.
 - Dị vật xuyên thấu.
 - Trẻ không hợp tác.
 - Chảy máu mũi ở lần lấy dị vật đầu tiên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Bông, bác để có thể phải nhét bác hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.
- Máy nội soi tai mũi họng.

4.3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

5.2. Vô cảm

Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngấn.

5.3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bác có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
 - + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bác mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.
- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

12. NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC

1. ĐỊNH NGHĨA

Dùng bắc (mèche) nhét chèn chặt vào hốc mũi qua cửa mũi trước.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chảy máu mũi trước (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếu qua cửa mũi trước) không cầm được bằng những biện pháp đơn giản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Bắc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, dầu gômênôn.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.
- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

5.2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

5.3. Kỹ thuật

- Hút máu đông trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu.

- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bác tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm vững và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.

- Đề lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau, cầm máu, chống phù nề
- Rút bác tối đa sau 48 giờ.

6.2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật, dùng thuốc an thần, trợ tim mạch.

- Tuột bác xuống họng do không làm vững hoặc nhét không chặt: nhét lại bác, chú ý làm vững và nhét chặt ngay từ đầu.

- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: kiểm tra hốc mũi bên kia xem có chảy máu không, kiểm tra lại xem nhét bác có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theo chảy máu mũi sau phải nhét bác mũi sau.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

13. NHÉT BẮC MŨI SAU

1. ĐỊNH NGHĨA

Dùng bấc (đã cuộn lại) chèn chặt vào cửa mũi sau qua đường miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chảy máu mũi sau (người bệnh ngòì, máu chảy chủ yếu xuống họng).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Cuộn gạc chặt, kích thước 2 cm đường kính, chiều ngang 3-3,5 cm, có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lạnh to, bấc mũi hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, gomenol.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.
- Kiểm tra mạch, huyết áp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

5.2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

5.3. Kỹ thuật

- Hút máu đông ở hai bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.
- Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng, kéo qua mòm bằng kim Kocher.
- Buộc 2 trong số 4 đầu chỉ của cuộn bấc đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầu ống sonde.

- Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải đẩy cuộn bắc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.
- Nhét bắc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).
- Cố định cuộn bắc bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.
- Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.
- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.
- Rút bắc sau 48 giờ.

6.2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ cho người bệnh, dùng thuốc an thần, trợ tim.
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: có thể vì cuộn bắc quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải nhét lại.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

14. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL(1 BÊN/2 BÊN)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật đặt merocel vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi lần đầu, chảy máu mũi trong trường hợp chưa có chỉ định nội soi cầm máu mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước, nếu không tự cầm máu mới cầm máu mũi bằng merocel.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.

4.3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

5.3.3. Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.
- Bơm nước muối sinh lý để làm phòng merocel.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

6. THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng merocel cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

15. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng nước muối sinh lý rửa mũi xoang sau mổ để điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

Sau phẫu thuật mũi xoang

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:

- + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
- + 01 soi mũi.
- + 01 dây cao su nối liền với kim.
- + 01 bơm tiêm 50 ml.
- + 01 khay quả đậu.
- + 01 khăn nilon và khăn vải.

- Thuốc: xylocain 6-10%.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ trước.
- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuộn dưới về phía sau 2 cm).

5.2. Kỹ thuật

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, dùng ống hút hút dịch đọng và lấy vảy máu trong hốc mô.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Đề người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
- Theo dõi chảy máu, sốc.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.
- Chảy máu: Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

16. CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT (BẠC NITRAT)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là thủ thuật dùng bạc nitrat đốt điểm mạch nhằm cầm máu mũi.

2. CHỈ ĐỊNH:

Chảy máu điểm mạch mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước.

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng
- Điều dưỡng chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.
- Dung dịch bạc nitrat

4.3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

5.3.3. Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng bông tẩm bạc nitrat đốt điểm mạch chảy máu.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

6. THEO DÕI:

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Rút merocel trong vòng 48 giờ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

17. CHỌC RỬA XOANG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.
- Chọc thăm dò để chẩn đoán.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

- Viêm xoang cấp.
- Viêm xoang polyp quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.
- Dị dạng xoang.
- Người bệnh có bệnh về máu.
- Người có thai hoặc đang hành kinh.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
 - + 01 soi mũi.
 - + 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.
 - + 01 dây cao su nối liền với kim.
 - + 01 bơm tiêm 50 ml.
 - + 02 que bông để gây tê.
 - + 01 khay quả đậu.
 - + 01 khăn nilon và khăn vải.
- Thuốc: xylocain 6-10%.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu.
- Người bệnh được giải thích kỹ trước.
- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định.
- Chụp phim Blondeau.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuộn dưới về phía sau 2 cm).

5.2. Kỹ thuật

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuộn dưới 0,5-1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuộn mũi dưới.

- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rỗng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
- Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.
- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
- Theo dõi chảy máu, sốt.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốt: nằm đầu thấp, chống sốt.
- Chảy máu: do đặt kim không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng hướng.
- Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.
- Lỗ thông xoang ở khe giữa bị tắc: dùng kỹ thuật chọc 2 kim.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

18. NÂNG CHỈNH HÌNH XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG (GÂY TÊ TẠI CHỖ/GÂY MÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật nhằm đưa xương chính mũi về vị trí cũ, dựng lại vách ngăn cho thẳng.

2. CHỈ ĐỊNH

Xương chính mũi và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy xương chính mũi đi kèm chấn thương sọ não phải tạm thời ngừng xử trí để giải quyết sọ não và chấn thương trước, sau đó mới chỉnh lại xương chính mũi bị gãy.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên, người phụ thứ hai giữ đầu.

4.2. Phương tiện

- 01 Spatule
- 01 kẹp khuỷu
- 01 banh mũi
- 02 merocel
- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê
- 02 meches tẩm Rihnex và Lidocain spray 10%
- 01 ống thuốc tê Lignospan 2%
- Khăn có lỗ
- Ống hút và máy hút.

4.3. Người bệnh

- Chụp phim XQ mũi nghiêng.
- Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Phương pháp vô cảm:

- Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê
- Thường xử trí chấn thương gãy xương chính mũi tại khoa TMH BVĐK tỉnh Bình Thuận là gây tê tại chỗ:

- + Tắm một đoạn bắc có thấm dung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi.
- + Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hõm mũi hai bên.

5.2. Đối với gãy kín

- Đặt mèche có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở khe mũi trên, sau 10 phút rút ra. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.
- Rút meches ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát khe mũi trên rồi từ từ đưa xương bị gãy về vị trí cũ.
- Nhét merocel vào hốc mũi 2 bên hướng về khe mũi trên để cầm máu và định hình từ phía bên trong mũi để đỡ cho xương khỏi sập lại.

5.3. Đối với xương chính gãy hở

- Phải xếp lại xương gãy về vị trí cũ.
- Nhét merocel vào hốc mũi 2 bên để cầm máu và định hình từ phía bên trong mũi.
- Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ, da.

6. THEO DÕI

- Dùng kháng sinh toàn thân, kháng viêm NSAID, nếu gãy hở và dơ cần tiêm S.A.T.
- Theo dõi tụt merocel mũi 2 bên, rút merocel vào hậu phẫu ngày thứ 4-5
- Nhỏ mũi hằng ngày bằng NaCl 0,9% 10ml

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét lại meches cho chặt, sử dụng thuốc cầm máu.
- Xương không liền tốt, can xấu: đập can, nắn lại.
- Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.
- Viêm xoang do ứ đọng.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

19. NỘI SOI ĐÓT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY MÊ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.

- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.
- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.
- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Đông điện
 - + Banh mũi.
 - + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).
 - + Que bông, bác, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6-10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.
- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6-10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bác tẩm thuốc tê niêm mạc.

5.2. Kỹ thuật

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.
- Tay phải cầm đồng điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).
- Cạnh sắc của đồng điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đồng điện đỏ và kéo đồng điện lùi ra từ từ nhẹ nhàng ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.
- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đồng điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.
- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Khám lại sau 24 giờ.
- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.
- Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.
- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.
- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bác (tắm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.
- Chảy máu: nhét bác và dùng thuốc cầm máu.
- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

20. NỘI SOI BỀ CUỐN MŨI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Bề cuốn mũi là thủ thuật nhằm ép cuốn dưới vào sát vách mũi xoang (khe dưới) giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua đường mũi đối với người bệnh bị ngạt nhiều nhưng niêm mạc cuốn còn co hồi với thuốc co mạch và cuốn bị vầu.

2. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi bị vầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị hình vách ngăn làm hốc mũi quá hẹp không có đường đưa dụng cụ vào.
- Đang viêm mũi xoang cấp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Kéo cong to bản đầu tù hoặc đầu tày to bản.
 - + Bánh mũi.
 - + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)
 - + Que bông, bác, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6-10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỷ lệ 1: 20.000).

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về bệnh và các bước tiến hành thủ thuật.
- Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

- Đây là một thủ thuật khá đau, người bệnh có thể được tiền mê.
- Gây tê tại chỗ (xylocain 6-10%) khắp bề mặt cuốn dưới, ngách dưới (đặt bác 15 phút).

5.2. Kỹ thuật

- Dùng kéo cong dày, đưa đầu kéo vào sát thành sau họng, bờ cong của kéo ôm lấy lưng cuốn và bờ tự do của cuốn, kéo lùi ra trước khoảng 1-2 cm.

- Nếu người bệnh ngồi thì ôm đầu người bệnh tì vào ngực thầy thuốc, nếu người bệnh nằm thì phải cố định đầu (giữ đầu).

- Bẻ từ từ, từ đuôi cuộn đến đầu cuộn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

6. THEO DÕI

- Chảy máu.

- Sốc do thuốc, do đau.

- Nhiễm khuẩn.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: chống sốc.

- Chảy máu: tùy theo mức độ có thể nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

21. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM

1. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật mở xoang hàm : Mở mặt trước của xoang hàm để quan sát trực tiếp, lấy bệnh tích niêm mạc xoang và dẫn lưu xoang qua khe dưới hoặc sinh thiết u trong xoang hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang hàm mạn đã điều trị nội khoa (cả thủ thuật rửa xoang) không kết quả.
- Viêm xoang hàm mạn thoái hóa niêm mạc thành polyp (qua khám hốc mũi) làm tắc lỗ dẫn lưu mũi xoang tự nhiên, polyp trong xoang to.
- Viêm xoang và viêm phế quản, viêm xoang do răng có dò.
- U lành và ác trong xoang hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ (chưa thay răng sữa).
- U ác đã xâm lấn ra ngoài thành xoang.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Trình độ từ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên.

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở xoang, máy hút.

4.3. Người bệnh

Không có tình trạng nhiễm khuẩn cấp không có bệnh về tim, mạch, thần kinh, thể trạng bình thường. Phụ nữ không trong thời kỳ thai nghén, kinh nguyệt.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có phim CTScan. Thuốc trước mổ: kháng sinh, kháng viêm...

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản, vòng đầu.
- Dùng optic 0 độ quan sát khe giữa. Chích tê niêm mạc mồm mồm, động mạch bướm khẩu cái.
- Cắt mồm mồm: bằng dao liềm hoặc spatyl vào vùng trước mồm mồm sau đó đẩy nhẹ mồm mồm vào trong thì bộ lộ được phễu sàng và có thể thấy được lỗ thông tự nhiên xoang hàm, nếu vẫn chưa thấy được thì dùng ống hút cong hoặc que thăm dò cong thăm dò lỗ thông xoang hàm. Khi ống hút đã nằm trong long xoang hàm chúng ta thực hiện đẩy và kéo ống hút để mở rộng lỗ mở vào thành trong xoang hàm . Sau đó dùng kẹp ngược vào trong lỗ mở để cắt lớp niêm mạc thành trong xoang hàm, tiến hành găm nhiều nhất để mở rộng lỗ thông xoang hàm từ sau ra trước và lên lên trên, tránh mở ra trước nhiều quá làm tổn thương ống lệ. Dùng optic quan sát trong lòng xoang, bơm rửa dịch mủ, lấy khối nấm hay polype...

- Nhét merocel khe giữa.
- Hút họng sạch

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu.
- Rút mecrocel sau 24-48 giờ.
- Thời gian nằm viện từ 3-4 ngày
- Thuốc sau mổ gồm kháng sinh, cầm máu, corticoid, kháng histamine

6.2. Xử trí

- Tồn thương ống lệ : để tránh biến chứng này ta không nên mở lỗ thông xoang hàm ra trước về vùng xương cứng, chỉ mở rộng xoang ra phía sau và xuống dưới. Khi tai biến xảy ra có thể phải tiếp tục phẫu thuật ống lệ mũi qua đường ngoài (chuyên khoa mắt) hoặc dưới nội soi (chuyên khoa tai mũi họng)

- Chảy máu nhiều:

- + Xác định chảy máu niêm mạc, xương, động mạch.
- + Nếu cầm máu không hiệu quả thì thực hiện thắt động mạch hàm trong, động mạch cảnh ngoài.

- Biến chứng dính: là biến chứng ảnh hưởng nhiều nhất đến sự hồi phục sau mổ do làm tái phát tình trạng tắc nghẽn dẫn lưu và thông khí các xoang. Dính đầu cuốn giữa và thành bên mũi là vị trí dính thường làm tái phát tình trạng viêm xoang cần phải xử trí cắt dính. Để ngừa tai biến dính cần lưu ý : thao tác nhẹ nhàng, không để niêm mạc bầm dập nằm lủng lơ trong hố mổ. tái khám hút sạch máu đông và mô hoại.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Chỉnh hình vách ngăn là một phẫu thuật xén sụn và xương vách ngăn dưới niêm mạc nhằm tạo lại một vách ngăn thẳng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả những dị hình vách ngăn gây cản trở thông khí của mũi, cản trở sự dẫn lưu của mũi xoang, vẹo gây kích thích nhức đầu, cản trở đường vào của phẫu thuật nội soi xoang.

- Dị hình gây viêm xoang.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang cấp.

- Không nên phẫu thuật ở trẻ em dưới 16 tuổi (trừ trường hợp chấn thương).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ:

- + Dao nhỏ và nhọn số 11 và 15.
- + Các bóc tách nhỏ đầu tù và sắc.
- + Dao xén sụn của Ballanger.
- + Kẹp Luc các cỡ.
- + Kìm gặm sụn của Jansen.
- + Đục xương lưỡi đuôi én.
- + Đục xương thẳng và lòng máng các cỡ.
- + Bánh mũi nhọn ngắn và dài.
- + Bánh cửa mũi của Palmer, kìm mang kim.
- + Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.
- + Máy hút, ống hút.
- + Bộ nội soi.

- Thuốc: xylocain 1-2% có pha adrenalin 0,1%.

4.3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản.
- Vệ sinh hốc mũi, cắt lông cửa mũi.
- Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

- Tiêm mê và gây mê hoặc gây tê cục bộ dưới niêm mạc, tiêm 4 điểm vào mỗi bên vách ngăn, tiêm từ trong sâu ra dần phía cửa mũi. Đưa đầu kim vào tới dưới màng sụn rồi bơm thuốc làm phồng trắng niêm mạc.

- Có thể gây mê nội khí quản nếu có điều kiện.

2. Kỹ thuật

- **Thì 1:** Rạch niêm mạc

Rạch niêm mạc vách ngăn vào tới màng sụn theo một đường hơi cong từ sống mũi đến sàn mũi, cách tiền đình mũi 1-1,5 cm.

- **Thì 2:** Bóc tách niêm mạc

Dùng bóc tách nhỏ và tù để bóc tách niêm mạc, màng sụn ra khỏi sụn. Sau đó rạch đứt sụn và tiếp tục bóc tách niêm mạc, màng sụn vách ngăn bên đối diện.

- **Thì 3:** Bộc lộ vách ngăn sụn và xương

Dùng banh mũi kiểu Vacher đưa vào hốc mũi bên phẫu thuật, banh hai mặt niêm mạc sang hai bên để sụn và xương vách ngăn nằm chính giữa.

- **Thì 4:** Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo

Nếu sụn vách ngăn có thể sử dụng lại được thì đặt lại (cố gắng bảo tồn sụn tối đa).

- **Thì 5:** Cắt bỏ phần xương vẹo hoặc gai gờ vách ngăn

- **Thì 6:** Đục bỏ phần chân của vách ngăn

- **Thì 7:** Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi

Đặt merocel hoặc đặt mảnh ép vách ngăn. Nhét bắc tẩm dầu và kháng sinh vào hốc mũi hai bên.

6. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp sau phẫu thuật, chảy máu.

- Dùng kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.

- Rút bắc và phim nhựa sau 3 ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. 1. Rách niêm mạc vách ngăn

- Rách một bên: xếp lại niêm mạc ngay ngắn.

- Rách hai bên tại cùng một điểm: cắt một mảnh sụn đặt chêm vào giữa chỗ rách rồi ép niêm mạc lại.

7.2. Chảy máu

Dùng thuốc cầm máu, đôi khi cần đặt lại bắc.

7.3. Tụ máu vách ngăn

- Chích rạch tháo khối tụ máu sau đó nhét lại bắc mũi để chèn vào vùng đó.
- Chú ý cho dùng kèm kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí để phòng hoại tử gây thủng vách ngăn.

7.4. Di chứng

- Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi.
- Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

23. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THÙNG VÁCH NGĂN MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật bịt lại vách ngăn mũi bị thủng do nhiều nguyên nhân gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Thủng vách ngăn mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:
 - + Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như: suy thận, các bệnh lý về máu,...
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Đang có viêm nhiễm vùng mũi xoang.
 - + Người bệnh từ chối phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phân mềm.
- Thuốc tê (lidocain adrenalin 1/10.000).

4.3. Người bệnh

- Khám nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu
 - + Đông máu cơ bản.
 - + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính vùng mang mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

5.4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

5.5. Kỹ thuật

- Tiêm tê dưới da tiểu trụ mũi theo đường mổ tạo hình mũi đường ngoài (Medicain, Octocain 1%).
- Rạch da hình chữ V qua tiểu trụ, cách sàn mũi khoảng 2-3mm, bóc vạt da lên trên bộc lộ sụn tiểu trụ và sụn cánh mũi.
- Bóc lộ phía trước sụn vách ngăn, bóc niêm mạc vách ngăn ra khỏi sụn. Bóc vách ngăn thành 3 lớp qua lỗ thủng khoảng 1 cm về phía sau.
- Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới. Rạch niêm mạc nơi tiếp giáp với bụng cuốn dưới to từ sau ra trước cho vạt niêm mạc 2 cuống này đủ kéo lên bịt lỗ thủng. Đối với lỗ thủng to có thể dùng thêm vạt 2 cuống nữa ở phía trên của vách ngăn. Làm sạch, cắt phần xơ sẹo của bờ lỗ thủng niêm mạc. Khâu bờ lỗ thủng niêm mạc bằng chỉ chromic 4-0.
- Lấy mảnh cân cơ thái dương đủ lớn để chèn vào giữa hai bên niêm mạc
- vách ngăn bịt lỗ thủng phần sụn, sao cho mảnh cân cơ trùm qua lỗ thủng khoảng 0,5-1 cm.
- Khâu xuyên niêm mạc vách ngăn hai bên qua sụn và mảnh cân cơ để cố định mảnh cân cơ và tránh tụ máu, tụ dịch trong vách ngăn.
- Khâu da tiểu trụ bằng chỉ prolene hoặc nylon 5-0 hoặc 6-0. Khâu niêm mạc tiền đình mũi bằng chỉ cutgut 4-0 hoặc 5-0.
- Cố định vách ngăn bằng mảnh nhựa ép vách ngăn. Đặt merocel hoặc gelaspon hốc mũi tránh chảy máu.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Cho người bệnh nhỏ nước muối vào mũi nhiều lần trong ngày.
- Rút merocel hoặc gelaspon sau 5-6 ngày.
- Rút mảnh nhựa ép vách ngăn sau 1 tuần.
- Cắt chỉ khâu.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cần theo dõi để phát hiện chảy máu. Thường máu chỉ rỉ ra ở cửa mũi, dặn người bệnh dùng gạc sạch lau phía ngoài. Nếu chảy máu nhiều cần kiểm tra phát hiện điểm chảy máu.
- Nhiễm trùng: cần cho người bệnh dùng kháng sinh toàn thân.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm giảm thể tích cuốn mũi dưới qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới quá phát to, co hồi kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiền hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
 - + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
 - + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
 - + Ống nội soi quang học 0° hoặc 30°.
 - + Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
 - + Dao lá lúa.
 - + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
 - + Bay bóc tách.
 - + Ống hút.
 - + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
 - + Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

4.3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.
- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn dưới từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần định cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.
- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bác mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

6. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bác mũi sau 24-48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bác mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

25. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHÍNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm giảm thể tích cuốn mũi giữa qua nội soi có phông đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi giữa quá phát to, co hồi kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiến hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
 - + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
 - + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
 - + Ống nội soi quang học 0° hoặc 30°.
 - + Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
 - + Dao lá lúa.
 - + Kéo cắt cuốn vì phẫu có răng.
 - + Bay bóc tách.
 - + Ống hút.
 - + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khủy.
 - + Soi mũi, kẹp khủy, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

4.3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.
- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn giữa từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần đỉnh cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.
- Dùng kéo cắt cuốn vì phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bác mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

6. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bác mũi sau 24-48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bác mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

26. PHẪU THUẬT CẮT CONCHA BULLUSA CUỐN MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt concha bullusa làm giảm thể tích cuốn mũi qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc nghẹt mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Concha Bullosa ảnh hưởng đến thở đường mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiền hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
 - + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
 - + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
 - + Ống nội soi quang học 0° hoặc 30°.
 - + Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
 - + Dao lá lúa.
 - + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
 - + Bay bóc tách.
 - + Ống hút.
 - + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
 - + Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

4.3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn mũi bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.
- Dùng dao nhọn bóc dọc Concha Bullosa.
- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt bỏ phần xương và niêm mạc phía ngoài của concha bullosa.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bác mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

6. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bác mũi sau 24-48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bác mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

27. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp tách dính niêm mạc hốc mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính niêm mạc hốc mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1%, oxymetazolin 0,5% hoặc 1%).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

4.3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.
- Tìm nguyên nhân chảy máu.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Kỹ thuật

5.3.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20° so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

5.3.2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

5.3.3. Kỹ thuật

- **Thì 1:** Rút bác trong mũi nếu có.
- **Thì 2:** Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.
- **Thì 3:**
 - + Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên dính.
 - + Đánh giá tình được tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
 - + Dung bay tách phần niêm mạc dính.
 - + Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.
- **Thì 4:**
 - + Kiểm tra lại hốc mũi.
 - + Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.
- ❖ Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau, sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1%, oxymetazolin 0,5% hoặc 1%).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

4.3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.
- Tìm nguyên nhân chảy máu.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Kỹ thuật

5.3.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20° so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

5.3.2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

5.3.3. Kỹ thuật

- **Thì 1:** Rút bấc trong mũi nếu có.
- **Thì 2:** Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.
- **Thì 3:**
 - + Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
 - + Đánh giá tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
 - + Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.
 - + Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.
- **Thì 4:**
 - + Kiểm tra lại hốc mũi.
 - + Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

❖ Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

29. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang là một trong các phương pháp ứng dụng nội soi và các dụng cụ phẫu thuật, vi phẫu của mũi xoang để bóc tách, cắt bỏ khối u, qua đường tự nhiên của hốc mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho u mũi xoang không xâm lấn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong các phẫu thuật mở đường ngoài (Rouge-Denker, xuyên khẩu cái, mở cạnh mũi, đường lột găng tầng giữa sọ mặt thì vẫn có thể phối hợp với nội soi để bóc tách và cắt bỏ khối u xơ, tùy theo các thì phẫu thuật).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật khối u tai mũi họng và đầu cổ.
- Có 1, hoặc 2 bác sĩ phụ mổ.
- Có điều dưỡng của phòng mổ để đưa dụng cụ.
- Có ê kíp bác sĩ Gây mê và hồi sức, kỹ thuật viên phòng mổ.

4.2. Phương tiện

- Bộ nội soi với các optiC 0°, 30° (có thể cả 70°, 90°).
- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, găm xương, kéo cắt cuốn mũi.
- Ống hút vi phẫu các cỡ khác nhau.
- Bộ dao điện, đông điện, với mũi thẳng và cong.
- Bộ kẹp cầm máu Agraf (có sấp cầm máu xương rất tốt).
- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bắc mũi, gạc.

4.3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích, ưu nhược điểm của phẫu thuật, ký giấy mổ.
- Người bệnh được chụp CT scan chẩn đoán, chụp mạch và tắc mạch số hóa xóa nền vừa chẩn đoán và làm giảm thiểu chảy máu khi mổ. Nếu không chụp tắc mạch thì sẽ phải thắt động mạch hàm trong hoặc cảnh ngoài (có thể bộc lộ và dễ dây thắt chờ).

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Chuẩn bị đầy đủ như một bệnh án phẫu thuật ngoại khoa tai mũi họng.

- Chuẩn bị sẵn sàng về nhóm máu, dự kiến số lượng máu mất cần phải bù để có thể truyền cấp cứu.

- Người bệnh phải ký giấy mổ và được giải thích về cả truyền máu và người nhà cho máu nếu cần.

- Cũng cần phải giải thích cho người bệnh và người nhà về mở khí quản khi cần trong các tai biến chảy máu nhiều hoặc để dự phòng chảy máu nhiều khi mổ, để hồi sức tốt và nắm chắc đường thở.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành).

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại bệnh án trước khi gây mê, rà soát lại nhóm máu.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh mạch, nhiệt độ, huyết áp.

5.3. Kỹ thuật

- **Thì 1:** Nội soi kiểm tra bệnh tích, và đặt tê, co mạch bằng bắc tằm oxymetazolin, hoặc naphazolin, hoặc lidocain, xylocain 3%. Sau 3-5 phút rút bắc tê và tiêm tê bằng Medicain 2 % vào vùng mồm móc, dọc vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khâu cái sau.

- **Thì 2:** Dưới nội soi cắt cuốn giữa, hoặc chỉ cắt phần đuôi cuốn giữa, có thể phải cắt cả đuôi cuốn dưới tùy thể tích và mức độ lan rộng của khối u, để bộc lộ rộng phẫu trường. Dùng que thăm dò đầu tù để thăm dò đánh giá vị trí chân bám của khối u, thể tích, dự kiến độ dính, chảy máu và các cấu trúc cần lấy bỏ.

- **Thì 3:** Lấy bỏ mồm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm, cắt bỏ một phần thành trong và sau xoang hàm bằng kìm Kerrison (có thể mở cả sàng trước) nhằm mở rộng, bộc lộ rõ vùng hố chân bướm hàm (thường là nơi có chân bám u xơ). Chú ý đông điện kỹ diện cắt để khối bị che lấp và mở ống nội soi làm khí đánh giá, cản trở cắt u ở thì 4.

- **Thì 4:** Dùng đông điện lưỡng cực đông điện ven theo diện chân bám u, nên đi từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ ngoài vào trong. Vừa đông điện vừa dùng bay tù đầu Freer để bóc tách diện bám u ra khỏi vùng cánh chân bướm và vừa đẩy dần u ra.

- **Thì 5:** Kiểm tra lại hốc mổ, cầm máu kỹ bằng đông điện lưỡng cực. Đặt gelaspon lót toàn bộ hốc mổ. Đặt merocel chèn ép vùng diện bám u và cửa mũi sau, vòm họng. Nếu còn rỉ máu có thể chèn thêm bắc mũi. Kiểm tra kỹ cả họng miệng về chảy máu, ống thở.

- **Thì 6:** Đánh giá lượng máu bị mất (đếm, cân gạc thấm, bình hút, để tính ra xem có cần phải bù truyền máu hay không). Đánh giá thời gian phẫu thuật, dự phòng, tiên lượng biến chứng, ra y lệnh theo dõi các biến chứng. Kết thúc cuộc mổ.

6. THEO DÕI

6.1. Theo dõi

Tình trạng thoát mê và rút ống thở khi đã an toàn (tỉnh hẳn, không chảy máu).

6.2. Chăm sóc hậu phẫu

Trong thời gian còn đặt bắc mũi (thường trong vòng 48 giờ).

6.3. Rút bắc mũi, merocel

Sau 48 giờ, lấy ngay gelaspon hoặc không cần vì nó sẽ tự tan dần ở những ngày sau.

6.4. Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bắc mũi

Theo dõi chảy máu, có thể xông, khí dung kháng sinh chống viêm, giảm phù nề.

6.5. Ra viện sau 7 ngày

Khi đã an toàn về sẹo hóa hóc mỗ, và an toàn về cầm máu.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến về gây mê

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

7.2. Tai biến chảy máu

- Có thể do động mạch bướm khâu cái, họng lên.
- Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.
- Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám.
- Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u.
- Sau khi nhét bắc mũi tốt mà vẫn chảy máu, hoặc còn chảy nhiều trong, sau mổ sẽ phải kiểm tra bằng chụp mạch và nút mạch, hoặc thắt động mạch cảnh ngoài, hay thắt chọn lọc hàm trong.
- Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết.
- Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

7.3. Tai biến tắc mạch sau nút mạch, mù mắt (tắc động mạch mắt)

Khám hội chẩn chuyên khoa mắt, huyết học có thể phải thêm thuốc chống đông.

7.4. Dò dịch não tủy

Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ (không đúng cho chỉ định nội soi). Do khối u đã lan qua xoang bướm, các thành của xoang bướm, hoặc u phá hủy đỉnh ổ mắt để vào đáy sọ, hoặc u đã phá hủy cánh bướm lớn và nhỏ. Các trường hợp dò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hở đáy sọ.

7.5. Tụ máu ổ mắt

Trong các khối u đã lan rộng ở vùng xoang sàng. Hốc mũi, hay thành trong và đỉnh ổ mắt; ngay cả u còn nhỏ nhưng trong quá trình phẫu thuật bóc tách, có thể bị làm tổn thương cơ trực, các tĩnh, động mạch quanh ổ mắt gây tụ máu quanh ổ mắt. Cần phải kiểm tra cầm máu kỹ lại, thêm thuốc kháng sinh, thuốc cầm máu, giảm phù nề, chống viêm và đề phòng giao cảm nhãn viêm.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

30. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT/ĐÓT ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Động mạch bướm khẩu cái là nhánh tận của động mạch hàm trong, tách ra từ hố chân bướm hàm. Động mạch hàm trong tách ra từ động mạch cảnh ngoài. Như vậy, động mạch bướm khẩu cái thuộc động mạch cảnh ngoài. Động mạch bướm khẩu cái đi vào hốc mũi qua lỗ bướm khẩu cái và chia ra các nhánh cung cấp máu cho vùng hố mũi phía sau.

- Như vậy kẹp thắt động mạch bướm khẩu cái qua nội soi nhằm làm giảm lượng máu cho vùng hố mũi phía sau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu nặng, tái phát ở vùng mũi phía sau..
- Giảm cung cấp máu vào khối u vùng cửa mũi sau trước khi tiến hành phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu.
- Trẻ em chưa mọc răng vĩnh viễn.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng trở lên được đào tạo về nội soi mũi xoang.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang: dao lưỡi liềm, que thăm dò cong, kéo cong, bay hút bóc tách, ống hút cong, ống hút đông điện, optic 0° và optic 30°, clip.
- Thuốc tê: lidocain adrenalin 1/10.000.
- Thuốc co mạch: oxymetazolin 1%.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được:
 - + Làm các xét nghiệm thường quy.
 - + Khám trước mổ như thông thường.
 - + Khám nội soi tai mũi họng.
 - + Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 2 tư thế coronal và axial.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

5.2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bắc tấm thuốc co mạch như oxymetazolin vào khe giữa và khe dưới.
- Xác định vị trí lỗ bướm khẩu cái nằm về phía sau và trên đuôi cuốn dưới, cách cửa mũi sau về phía trên ngoài khoảng 11-12 mm.
- Thăm dò lỗ bướm khẩu cái bằng que thăm thăm dò đầu tù.
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại điểm vị trí động mạch bướm khẩu cái.
- Phong bế thần kinh bướm khẩu cái hai bên cách tiêm vào lỗ khẩu cái lớn 2 ml xylocain 1%.
- Dùng dao lưỡi liềm rạch niêm mạc theo hướng nằm ngang, cách bờ lỗ bướm khẩu cái từ 5-10mm để tránh tổn thương các nhánh của động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng bay hút (Saction Frier) bóc tách vạt niêm mạc sát xương, mở rộng vạt niêm mạc lên trên, bộc lộ lỗ bướm khẩu cái.
- Nếu lỗ bướm khẩu cái nhỏ, có thể mở rộng ra sau và xuống dưới (nơi thành xương mỏng nhất) bằng thìa nạo để bộc lộ rõ động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng clip kẹp động mạch bướm khẩu cái.
- Phủ lại vạt niêm mạc, chèn gelaspon và merocel.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ.
- Dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau.
- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến

Chảy máu: do làm đứt, rách động mạch bướm khẩu cái.

7.2. Xử trí

- Đốt điện.
- Nhét bắc mũi sau.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

31. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG SÀNG HÀM TRÁN BƯỚM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở xoang sàng hàm trán bướm là phẫu thuật tạo đường dẫn lưu tất cả các xoang đổ vào hốc mũi, tránh được sự ứ dịch và nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông nhầy, đưa niêm mạc các xoang trở lại trạng thái bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm đa xoang mạn tính 1 bên hoặc 2 bên tái phát nhiều lần.
- Viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi .

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như suy thận, các bệnh lý về máu,...

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.
- Papiloma vùng mũi xoang

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê (lidocain adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

4.3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu.
 - + Đông máu cơ bản.
 - + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ**5.2. Kiểm tra người bệnh****5.3. Vô cảm**

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

5.4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, đầu cao hơn ngực (10-15°).
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5.5. Kỹ thuật

- Đặt bắc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát của dây thần kinh khẩu cái trên.
- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kìm cắt ngược hoặc dao hút cắt (Micro debrider, hummer).
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang hàm qua lỗ thông xoang.
- Mở bóng sàng bằng curette , mở sàng trước sàng sau bằng curette và lấy bỏ tổ chức niêm mạc hay polyp bằng backesley hay debrider.
- Mở ngách trán
- Mở xoang bướm theo 2 đường: Đi trực tiếp theo lỗ thông tự nhiên vị trí cuối đuôi cuốn giữa, trên lỗ mũi sau 1,5 cm hoặc đi tiếp từ xoang sàng sau cuối cùng (tế bào sàng Onodi)

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.
- Hút máu đọng, lấy vảy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.
- Rửa mũi xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bắc.
- Tổn thương ống lệ ty. ỏ mắt
- Tổn thương chảy dịch não tủy, nền sọ
- Tổn thương mạch cảnh nằm trong xoang bướm

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

32. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm là phẫu thuật tạo nên một trạng thái giải phẫu cho phép xoang hàm có thể tự dẫn lưu, nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông nhầy, đưa niêm mạc của xoang hàm trở lại trạng thái bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý của xoang hàm:

- Viêm xoang hàm tái phát nhiều lần.
- Viêm xoang hàm do nấm, do răng.
- Dị vật xoang hàm.
- Polyp đơn độc mũi xoang (polyp Killian).
- U nang, u lành tính xoang hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như suy thận, các bệnh lý về máu,..

3.2. Chống chỉ định tương đối

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê (lidocain adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

4.3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu.
 - + Đông máu cơ bản.
 - + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

5.4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, đầu cao hơn ngực (10-15°).
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5.5. Kỹ thuật

- Đặt bắc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát của dây thần kinh khẩu cái trên.
- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kìm cắt ngược hoặc dao hút cắt (Micro debrider, hummer).
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang hàm qua lỗ thông xoang.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.
- Hút máu đọng, lấy vảy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.
- Rửa mũi xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bắc.
- Tổn thương ống lệ ty.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

33. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở rộng ngách trán tạo nên một trạng thái giải phẫu cho phép xoang trán có thể tự dẫn lưu, nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông nhày, đưa hệ niêm mạc xoang trán trở lại trạng thái bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh xoang trán:

- Viêm xoang trán đơn thuần hoặc viêm đa xoang mạn tính có viêm xoang trán đã được điều trị nội khoa tối đa và hợp lý nhưng không có kết quả.
- Viêm xoang trán do nấm.
- U nhầy xoang trán, u xương xoang trán, polyp xoang trán.
- Chấn thương xoang trán do áp lực.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

Các bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ thạc sỹ, chuyên khoa II trở lên được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

3.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê, thuốc co mạch

3.3. Người bệnh

- Được khám trước mổ như thông thường.
- Được khám nội soi tai, mũi, họng.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 3 tư thế đứng ngang, ngang và đứng dọc (coronal, axial và sagital nếu điều kiện cho phép).

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

4.2. Kỹ thuật

- Đặt bậc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,...
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại 3 điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, vị trí động mạch bướm khẩu cái.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại I: vùng ngách trán còn được giữ nguyên, phẫu thuật được thực hiện khi người bệnh có mỏm móc bám vào sàn sọ hoặc cuốn mũi giữa làm hẹp ngách trán. Trong trường hợp này, cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa. Khi phần trên của mỏm móc được lấy đi, ngách trán sẽ được mở thông nếu không có các cấu trúc lân cận làm tắc nghẽn như tế bào đề mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại II: mở rộng ngách trán bằng phẫu tích lấy các vách xương của các tế bào đê mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp ngách trán.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại III: phẫu thuật mở thật rộng ngách trán bao gồm lấy đi gai mũi trán hay mỏm trán.

- Đặt merocel hốc mô.

5. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.

- Hút máu đọng, lấy vảy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Tai biến nặng

- Chảy máu

- Thường do tổn thương các tĩnh mạch hoặc động mạch sàng, đặc biệt động mạch sàng trước.

- Xử trí nhét bấc, đông điện.

- Rò dịch não tủy

- Xử trí bít lấp đường dò.

- Tai biến ổ mắt

- Tụ máu trong ổ mắt: rút bấc sớm, phối hợp điều trị nội khoa.

- Song thị: rút bấc sớm, điều trị nội khoa chống phù nề, phối hợp với chuyên khoa mắt.

6.2. Tai biến nhẹ

- Tổn thương ống lệ tỵ hoặc túi lệ.

- Đau nhức sợ mắt.

6.3. Tai biến hiếm gặp

- Tụ máu trong não.

- Tràn khí não.

- Tổn thương não thùy trán.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

III. PHẦN TAI

34. LẤY DỊ VẬT TAI (GÂY TÊ /GÂY MÊ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.
- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37°C-38°C).

4.3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
 - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
 - + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
 - + Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
 - + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
 - + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

5.2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.

- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm sâu sát, chảy máu: phải đặt bắc thấm dầu kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.
- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

35. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò luân nhĩ bẩm sinh. Lỗ rò thường nằm ở vùng trước tai, ống rò chạy vào trong và kết thúc bằng túi rò sát vùng sụn gờ luân nhĩ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối:

- Đường rò bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường rò.
- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kim cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.
- Thuốc: xylocain 2%, xanh methylen.

4.3. Người bệnh

Cạo tóc bên tai phẫu thuật. Có thể phẫu thuật cả hai bên nếu người bệnh bị rò hai bên.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Nằm trên bàn mổ, đầu nghiêng về bên đối diện.

5.2. Vô cảm

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng xylocain 2%). Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò. Bơm xanh methylen vào đường rò hoặc không bơm tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

5.3. Kỹ thuật

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy miệng lỗ rò. Bóc tách đường rò theo chỉ thị màu của xanh methylen. Lấy toàn bộ đường rò.
- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.
- Băng ép.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Thay băng 2 ngày một lần.
- Kháng sinh 5-7 ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.
- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bọc đường khâu.
- Viêm sụn vành tai.
- Nếu lấy không hết chân đường rò, rò và viêm nhiễm sẽ tái phát, phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kĩ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

36. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt ống thông khí màng nhĩ là một phẫu thuật can thiệp trên màng nhĩ nhằm đảm bảo sự thông khí và dẫn lưu dịch trong hòm tai trong trường hợp có hiện tượng rối loạn chức năng vòi nhĩ.

- Phẫu thuật này chỉ được coi là giải pháp tạm thời cần phải phối hợp với các biện pháp điều trị nguyên nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai thanh dịch.
- Tắc vòi nhĩ do V.A.
- Tắc vòi nhĩ do u vòm mũi họng (như K vòm).
- Viêm tai giữa, lỗ thông quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cần nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

4.2. Phương tiện

- Ống nội soi 0° dài 18 cm, loại 4 mm đường kính dành cho người lớn, loại 2,7 mm dành cho trẻ em.
- Nguồn sáng, camera.
- Bộ dụng cụ vi phẫu: 1 kẹp phẫu tích thẳng, 1 que nhọn, 1 dao trích màng nhĩ, 1 bộ ống hút vi phẫu.
- Ống thông khí màng nhĩ: từ 1 đến 2 chiếc (trên 12 tuổi dung ống có đường kính 1,27 mm, dưới 12 tuổi dung ống có đường kính 1,14 mm).
- Bơm tiêm gây tê.
- Thuốc tê: Lidocain: 1 ống.

4.3. Người bệnh

Đối với trẻ em thì gây mê toàn thân, gây tê tại chỗ đối với người lớn.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (công thức máu; đông máu cơ bản; CRP ; chức năng gan, thận).
- Đo thính lực, nhĩ lượng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt ống nội soi vào ống tai, chỉnh cho màng nhĩ nằm đúng hướng và chính giữa màn hình.
- Gây tê da ống tai: gây tê kiểu tiêm thấm dưới da sao cho da sàn ống tai đến sát bờ màng nhĩ chuyển sang màu trắng mà không được phồng rộp.
- Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5-2 mm tùy loại ống thông khí.
- Đặt ống thông khí qua lỗ trích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

6. THEO DÕI

Tình trạng toàn thân, tại chỗ do dị ứng thuốc tê có thể xảy ra.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến lúc mổ

Chảy máu: cần hút sạch, đặt bông adrenalin 0,1% chờ trong khoảng 10 phút, nếu máu ngưng chảy có thể tiếp tục phẫu thuật.

7.2. Tai biến sau mổ

- Tụt ống thông khí: nếu vẫn còn dịch thì cần đặt lại.
- Tắc ống thông khí: nội soi hút sạch chất bít tắc.
- Viêm tai mũ: do khô vô khuẩn lúc đặt ống không đảm bảo hoặc do viêm mũi họng cấp hoặc do dị ứng ống thông khí. Đối với trường hợp này phải điều trị bằng cách làm thuốc tai và rửa thuốc tại chỗ đồng thời điều trị nguyên nhân.

7.3. Tai biến muộn

- Điếc tiếp nhận: hiếm gặp, hiện nay chưa giải thích được nguyên nhân.
- Cholesteatoma sau mổ do lớp biểu bì màng nhĩ cuộn vào: xử trí bằng cách rút ống, mở hòm nhĩ lấy sạch bệnh tích và vá nhĩ.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

37. VÁ NHĨ BẰNG NỘI SOI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vá nhĩ là phẫu thuật tái tạo lại màng nhĩ thủng. Lý do chính tiến hành phẫu thuật này là để tránh các nhiễm khuẩn tái diễn. Thông thường, vá nhĩ được tiến hành dưới kính hiển vi phẫu thuật, gần đây một số tác giả sử dụng chung hệ thống nội soi mũi cho phẫu thuật tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Lý tưởng nhất là thủng nhĩ nhỏ, khô và ống tai rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trạng thái vòi nhĩ không tốt ở tai đối diện: viêm dính, không nghe được hoặc nghe rất kém.
- Lỗ thủng xâm lấn vào xương búa hoặc thủng đến rãnh nhĩ.
- Chảy tai kéo dài.
- Nghi ngờ có cholesteatoma xâm lấn vào trung nhĩ.
- Nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con.
- Có dấu hiệu lâm sàng và Xquang nghi ngờ có viêm nhiễm ở xương chũm và thượng nhĩ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi.

4.2. Phương tiện

- Ống nội soi cứng 0°.
- Dao vi phẫu để rạch vạt da ống tai.
- Bóc tách, que nhọn vi phẫu.
- Kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu.
- Ống hút vi phẫu.
- Thuốc gây tê.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích rõ những tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.
- Được làm thuốc tai và cắt tóc cao về phía sau trên của vành tai cách đường chân tóc 2 cm.
- Làm các xét nghiệm thông thường: công thức máu, xét nghiệm đông máu, đường máu, urê máu.
- Hỏi kỹ bệnh nội khoa khác: cao huyết áp, đái đường, lao, đặc biệt là tình trạng dị ứng thuốc.

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

5.2. Vô cảm

Người bệnh được tiền mê và gây tê tại chỗ. ống tai ngoài được gây tê bằng dung dịch Octocain với khoảng 1 ml thuốc, tiêm ở vị trí 3g cách khung nhĩ khoảng 5mm đồng thời sử dụng loa soi tai khi tiêm để thuốc tê có thể khuếch tán đều trong ống tai và màng nhĩ. Không nên gây tê nhiều điểm trong ống tai để gây chảy máu và rách vạt da.

5.3. Kỹ thuật

Trước tiên, lấy cân cơ thái dương qua đường sau tai hay đường ngang trên vành tai và làm khô. Tiếp theo, một tay giữ cố định ống nội soi 0 độ và tay kia thao tác theo các bước sau:

- **Bước 1:** Làm tươi rìa lỗ thủng phải được tiến hành hệ thống bằng cách sử dụng que nhọn lấy viền lỗ thủng. Bước này rất quan trọng vì nó loại bỏ vùng biểu bì của rìa lỗ thủng nối với lớp niêm mạc, tức là lấy vùng ức chế sẹo để giúp cho quá trình đóng lỗ thủng được nhanh chóng.

- **Bước 2:** Bóc tách và nâng vạt da ống tai màng nhĩ. Sử dụng dao tròn vi phẫu rạch da ống tai theo hình vòng cung cách vòng xơ 3mm, Lý tưởng, đường rạch đi từ vị trí 12 giờ -3 giờ -6 giờ ở tai trái và 12 giờ -9 giờ -6 giờ ở tai phải, Bóc tách da từ từ ra khỏi ống tai xương, sao cho tránh chảy máu nhiều và tránh rách vạt da. Bước này kết thúc khi vạt da được bóc tách sát vòng xơ.

- **Bước 3:** Nâng vòng xơ và rạch niêm mạc tai giữa. Toàn bộ vạt da ống tai và màng nhĩ được nâng khỏi khung nhĩ.

- **Bước 4:** Giải phóng vạt da ống tai màng nhĩ khỏi cán búa bằng bóc tách nhọn, đôi khi cán búa di lệch vào ụ nhô.

- **Bước 5:** Đặt mảnh vá theo kỹ thuật trong lớp xơ. Cân cơ thái dương với kích thước thích hợp được đưa vào ống tai. Với que nhọn, mảnh ghép được trượt vào trong hòm nhĩ dưới vạt da ống tai và màng nhĩ đã được nâng trước. Mảnh ghép được đặt dưới cán búa và sử dụng gelaspon làm giá đỡ đặt trong hòm nhĩ.

❖ Đặt lại vạt da, chèn gelaspon quanh bờ lỗ thủng và đặt bắc ống tai.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Đau sau mổ: thường đau mức độ vừa, có thể cho thuốc giảm đau trong khoảng 2-3 ngày. Nếu đau dữ dội, phải đề phòng tụ máu hay nhiễm trùng.

- Kháng sinh dự phòng: đường tiêm hay đường uống với thời hạn 5 ngày.

- Thay băng trong 24 giờ: quan sát tình trạng vành tai và quanh tai phát hiện tụ máu và nhiễm khuẩn sớm.

- Rút bắc và cắt chỉ sau 7 ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu: cắt vài mũi chỉ, hút máu đọng, tiêm thuốc cầm máu và băng ép.
- Nhiễm khuẩn: nếu vết mổ sưng nề nên rửa sạch, dùng kháng sinh nhóm quinolon.
- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kĩ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế

38. VI PHẪU VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vi phẫu vá nhĩ là phẫu thuật chỉnh hình màng nhĩ dưới kính hiển vi dùng vật liệu tự thân như sụn, cân cơ thái dương hoặc màng tai đồng chủng ghép lên vị trí màng nhĩ bị thủng.

- Vá nhĩ đơn thuần chỉ thực hiện khi chuỗi xương con không bị tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vá nhĩ đơn thuần được chỉ định trong những điều kiện sau:

- Lỗ thủng màng nhĩ trung tâm, khô, nhỏ, đường kính thường dưới 4 mm, hiện tượng viêm đã ổn định, tai không chảy nước trên 3 tháng.

- Vòi nhĩ thông thoáng.

- Người bệnh có điếc dẫn truyền nhẹ ($ABG < 30$ dB).

❖ (ABG: Air Bone Gap, khoảng cách giữa đường khí và đường xương)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trạng thái vòi nhĩ không tốt ở tai đối diện: viêm dính, không nghe được hoặc nghe rất kém.

- Lỗ thủng xâm lấn vào xương búa hoặc thủng đến rãnh nhĩ.

- Chảy tai kéo dài.

- Nghi ngờ có cholesteatoma xâm lấn vào trung nhĩ.

- Nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con.

- Có dấu hiệu lâm sàng và Xquang nghi ngờ có viêm nhiễm ở xương chũm và thượng nhĩ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm phẫu thuật tai.

4.2. Phương tiện

- Kính hiển vi phẫu thuật

- Dụng cụ vi phẫu thuật tai.

4.3. Người bệnh

Làm thuốc tai sạch và cắt tóc cao trên và sau vành tai, cách đường chân tóc 2 cm.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung. Chụp phim phổi, xương chũm. Xét nghiệm: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu; đường niệu, protein niệu và đo thính lực.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kỹ thuật đi trong ống tai

- Áp dụng với những người bệnh có ống tai rộng rãi, lỗ thủng không quá rộng.
- Gây tê da ống tai: tiêm thấm thuốc tê và thuốc co mạch.
- Gỡ viền xơ lỗ thủng bằng que nhọn.
- Rạch da ống tai: tùy vị trí lỗ thủng, có thể rạch da ống tai ở thành sau, thành trước ống tai, cách khung nhĩ 5 mm.
- Bóc tách da ống tai, phần màng nhĩ còn lại khỏi khung nhĩ.
- Đặt gelaspon (gelfoam) khô làm giá đỡ trong hòm nhĩ.
- Dùng mảnh cân cơ thái dương luồn dưới vạt da, trên giá đỡ bằng gelaspon.
- Đặt lại vạt da, chèn gelaspon và merocel.

5.2. Kỹ thuật rạch da sau tai

- Rạch da sau tai cách rãnh sau tai 2 mm.
- Rạch cốt mạc, tách màng xương khỏi mặt xương chũm.
- Rạch ngang da ống tai từ 6-12 giờ bộc lộ toàn bộ ống tai.
- Gỡ viền xơ quanh lỗ thủng.
- Bóc tách da ống tai và màng nhĩ còn lại theo kiểu 1 lớp hoặc 2 lớp.
- Dùng mảnh vá bằng cân cơ thái dương luồn dưới vạt da ống tai, phía trước ra sát khung nhĩ.
- Kiểm tra mảnh vá không được rời khỏi cán búa.
- Đặt lại vạt da ống tai.
- Kiểm tra mép màng nhĩ cũ không bị cuộn.
- Chèn gelaspon, merocel.
- Đóng da theo các lớp giải phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mép màng nhĩ cũ bị cuộn sẽ tạo cholesteatoma.
- Mảnh vá không tiếp xúc cán búa.
- Chảy máu ở mép da ống tai bị rạch.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tai mũi họng bệnh viện tai mũi họng TP. Hồ Chí Minh, 2020
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, 2016, Bộ Y Tế