**QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**CHUYÊN NGÀNH TAI - MŨI - HỌNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2005/QĐ-TTYT ngày 20/9/2022*

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[A. TAI – TAI THẦN KINH 5](#_Toc113625362)

[1. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U ỐNG TAI NGOÀI 5](#_Toc113625363)

[2. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U NANG VÀNH TAI/U BÃ ĐẬU DÁI TAI 7](#_Toc113625364)

[3. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ 9](#_Toc113625365)

[4. CẮT BỎ VÀNH TAI THỪA 11](#_Toc113625366)

[5. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ 13](#_Toc113625367)

[6. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ 16](#_Toc113625368)

[7. KHÂU VẾT RÁCH VÀNH TAI 18](#_Toc113625369)

[8. PHẪU THUẬT NẠO VÉT SỤN VÀNH TAI 21](#_Toc113625370)

[9. LẤY DỊ VẬT TAI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ ) 23](#_Toc113625371)

[10. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ 26](#_Toc113625372)

[11. CHỌC HÚT DỊCH VÀNH TAI 29](#_Toc113625373)

[12. CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI 31](#_Toc113625374)

[13. LÀM THUỐC TAI 33](#_Toc113625375)

[14. LẤY NÚT BIỂU BÌ ỐNG TAI NGOÀI 35](#_Toc113625376)

[15. PHẪU THUẬT NẠO SÀNG HÀM 37](#_Toc113625377)

[16. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM 41](#_Toc113625378)

[17. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG BƯỚM 44](#_Toc113625379)

[18. CẮT POLYP MŨI 47](#_Toc113625380)

[19. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI 50](#_Toc113625381)

[20. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ KHE GIỮA 52](#_Toc113625382)

[21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG 54](#_Toc113625383)

[22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG 60](#_Toc113625384)

[23. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI 66](#_Toc113625385)

[24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG 69](#_Toc113625386)

[25. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI 72](#_Toc113625387)

[26. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA 75](#_Toc113625388)

[27. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HINH CUỐN MUI DƯỚI 78](#_Toc113625389)

[28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI 81](#_Toc113625390)

[29. PHẪU THUẬT THỦNG VÁCH NGĂN MŨI 84](#_Toc113625391)

[30. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI 87](#_Toc113625392)

[31. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI 90](#_Toc113625393)

[32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI 94](#_Toc113625394)

[33. PHẪU THUẬT MỞ LỖ THÔNG MŨI XOANG QUA KHE DƯỚI 98](#_Toc113625395)

[34. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI 101](#_Toc113625396)

[35. NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI 104](#_Toc113625397)

[36. BẺ CUỐN MŨI 107](#_Toc113625398)

[37. NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG 110](#_Toc113625399)

[38. SINH THIẾT HỐC MŨI 113](#_Toc113625400)

[39. CHỌC RỬA XOANG HÀM 115](#_Toc113625401)

[40. PHƯƠNG PHÁP PROETZ 118](#_Toc113625402)

[41. NHÉT BẤC MŨI SAU 120](#_Toc113625403)

[42. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC 123](#_Toc113625404)

[43. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL 126](#_Toc113625405)

[44. LẤY DỊ VẬT MŨI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ) 129](#_Toc113625406)

[45. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ) 132](#_Toc113625407)

[46. CẦM MÁU MŨI ĐIỂM MẠCH BẰNG HÓA CHẤT ( BẠC NITRAT) 135](#_Toc113625408)

[47. RÚT MECHE, RÚT MEROCEL HỐC MŨI 138](#_Toc113625409)

[48. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ 140](#_Toc113625410)

[B. HỌNG- THANH QUẢN 142](#_Toc113625411)

[49. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ 142](#_Toc113625412)

[50. PHẪU THUẬT CẮT AMYDAN BẰNG COBLATOR 146](#_Toc113625413)

[51. PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN (GÂY MÊ) 150](#_Toc113625414)

[52. NẠO VA 152](#_Toc113625415)

[53. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN 155](#_Toc113625416)

[54. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI 158](#_Toc113625417)

[55. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI BẰNG COBLATOR 161](#_Toc113625418)

[56. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG MICRODEBRIDER (HUMMER) (GÂY MÊ) 163](#_Toc113625419)

[57. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO VA (GÂY MÊ) 166](#_Toc113625420)

[58. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/ HỐ LƯỠI THANH THIỆT 169](#_Toc113625421)

[59. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN CẮT U NANG/ POLYP/ HẠT XƠ/U HẠT DÂY THANH (GÂY TÊ/GÂY MÊ) 171](#_Toc113625422)

[60. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U LÀNH TÍNH THANH QUẢN BẰNG LASER 174](#_Toc113625423)

[61. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN (GÂY TÊ/ GÂY MÊ) 177](#_Toc113625424)

[62. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN THỂ KHÓ ( TRẺ SƠ SINH, SAU XẠ TRỊ, U VÙNG CỔ, K TUYẾN GIÁP…) 181](#_Toc113625425)

[63. LẤY SỎI ỐNG TUYẾN WHARTON ĐƯỜNG MIỆNG 185](#_Toc113625426)

[64. CHÍCH ÁP XE SÀN MIỆNG 186](#_Toc113625427)

[65. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN 188](#_Toc113625428)

[65. CẦM MÁU ĐƠN GIẢN SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDAL, NẠO VA 190](#_Toc113625429)

[68. CẮT PHANH LƯỠI 192](#_Toc113625430)

[69. . LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG 194](#_Toc113625431)

[70. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG 197](#_Toc113625432)

[71. KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG ĐƠN GIẢN MIỆNG, HỌNG 200](#_Toc113625433)

[72. ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT 204](#_Toc113625434)

[73. ÁP LẠNH HỌNG HẠT (BẰNG NITƠ, CO2 LỎNG) 206](#_Toc113625435)

[74. ÁP LẠNH AMIDAN (BẰNG NITO, CO2 LỎNG) 208](#_Toc113625436)

[75. BƠM THUỐC THANH QUẢN 210](#_Toc113625437)

[76. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN 212](#_Toc113625438)

[77. THAY CANUYN 215](#_Toc113625439)

[78. SƠ CỨU BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP 218](#_Toc113625440)

[79. KHÍ DUNG MŨI HỌNG 221](#_Toc113625441)

[80.CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG GÂY TÊ/ GÂY MÊ 224](#_Toc113625442)

[81. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LỖ MỞ KHÍ QUẢN 226](#_Toc113625443)

[82. NỘI SOI HOẠT NGHIỆM THANH QUẢN 226](#_Toc113625444)

[83. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ 227](#_Toc113625445)

[84. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ 230](#_Toc113625446)

[85. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ/GÂY MÊ 233](#_Toc113625447)

[86. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ 236](#_Toc113625448)

[87. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ/GÂY MÊ 239](#_Toc113625449)

[88. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ/ GÂY MÊ 243](#_Toc113625450)

[89. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY MÊ 245](#_Toc113625451)

[90. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT U GÂY TÊ/GÂY MÊ 249](#_Toc113625452)

[91. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ 253](#_Toc113625453)

[92. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ 256](#_Toc113625454)

[93. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ/ GÂY MÊ 259](#_Toc113625455)

[94. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ 262](#_Toc113625456)

[D. ĐẦU CỔ 265](#_Toc113625457)

[95. KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÙNG ĐẦU MẶT CỔ 265](#_Toc113625458)

[96. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT 270](#_Toc113625459)

[97. THAY BĂNG VẾT MỔ 272](#_Toc113625460)

[98. CHÍCH ÁP XE NHỎ VÙNG ĐẦU CỔ 274](#_Toc113625461)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO: 276](#_Toc113625462)

# A. TAI - TAI THẦN KINH

## **1. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U ỐNG TAI NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ u phần mềm ống tai ngoài

**II. CHỈ ĐỊNH**

U nang vành tai/ u bã đậu dái tai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.

- Thuốc: xylocain 2%.

**3. Người bệnh**

Cạo tóc bên tai phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

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

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng xylocain 2%).

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy chân khối u. Bóc tách u theo bình diện giải phẫu.

- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Thay băng 2 ngày một lần.

- Kháng sinh 5 - 7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.

- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

## **2. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U NANG VÀNH TAI/U BÃ ĐẬU DÁI TAI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những khối u lành tính ở vành tai, dái tai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U lành tính vành tai, dái tai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh về rối loạn đông cầm máu, đang có viêm nhiễm cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**2.Phương tiện**

- Dao rạch da

- Pince bóc tách, kéo, kìm mang kim, kẹp có mấu, không mấu.

- Thuốc tê,thuốc sát trùng

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm nghiêng,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sát trùng vành tai bằng dùng dịch sát khuẩn.

- Tê vành tai qung chân khối u

- Rạch ra hình trám trên bề mặt khối u, bóc tách tổ chức dưới da đến sát u, bộc lộ

toàn bộ khối và tách ra khỏi tổ chức xung quanh, lấy bỏ khối u.

- Khâu vết mổ theo các lớp, đặt dẫn lưu nếu hốc mổ sâu, rộng.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh, chống viêm.

- Thay băng hàng ngày đánh giá tình trạng hốc mổ.

- Cắt chỉ sau 7 ngày.

## **3. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ**

**I. 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

**II, CHỈ ĐỊNH**

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

**III. 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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1, Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai- Mũi -Họng

**2, Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, kim đầu tù.

Thuốc: Lidocain, xanh methylen.

*3, Người bệnh*

Cạo tóc bên tai phẫu thuật, có thể phẫu thuật 2 bên nếu người bệnh bị rò 2 bên.

**4, Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1,Tư thế người bệnh

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

2, Vô Cảm

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò. Bơm xanhmethylen vào đường rò hoặc không bơm tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

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 đến phần sụn vành tai. Lấy toàn bộ đường rò.

- Khâu vết mổ 2 lớp bằng chỉ tự tiêu.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Thay băng 2 ngày 1 lần.

Kháng sinh 5-7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.

Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục 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

## **4. CẮT BỎ VÀNH TAI THỪA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ vành tai thừa

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vành tai thừa, vành tai dị dạng, khối u, nang vành tai

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.

- Thuốc: xylocain 2%.

**3. Người bệnh**

Cạo tóc bên tai phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

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

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng xylocain 2%).

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy vành tai thừa, chân khối u. Bóc tách vành tai thừa, khối u theo bình diện giải phẫu.

- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Thay băng 2 ngày một lần.

- Kháng sinh 5 - 7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.

- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

## **5. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

**2. Phương tiện:**

- Đèn clar, loa soi tai các cỡ

- 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 dùng ống có đường kính 1,27 mm, dưới 12 tuổi dùng ống có đường kính 1,14 mm).

- Bơm tiêm gây tê.

- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1ống.

**3. Người bệnh:**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm ngửa, tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (công thức máu; đông máu cơ bản; chức năng gan, thận).

Đo thính lực, nhĩ lượng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

**2.Tư thế bệnh nhân:**

 Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên tai đối diện

**3.Kỹ thuật:**

- 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.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**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.

**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 mủ: do khâu 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 rỏ thuốc tại chỗ đồng thời điều trị nguyên nhân.

**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.

- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần)

## **6. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nghi có u cuộn cảnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

- Dao chích rạch màng nhĩ.

**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.

**V. 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.

**VI. 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. KHÂU VẾT RÁCH VÀNH TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết rách vành tai là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của vành tai. Vết thương nên xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương vành tai gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương vành tai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai- Mũi- Họng

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ vi phẫu.

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nilon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

**3. Người bệnh**

- Khám Tai- Mũi- Họng toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại vành tai

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương vành tai

Trường hợp vết thương vành tai đi hết chiều dày và có rách bờ tự do vành tai: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu vành tai bằng 2 mũi chỉ không tiêu. Tiếp theo khâu lớp sụn bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương.

 Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, băng ép

Cắt chỉ sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu vành tai tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: rửa vết thương hàng ngày

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân.

Giảm phù, chống viêm, giảm đau

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vành tai hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **8. PHẪU THUẬT NẠO VÉT SỤN VÀNH TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuât giải phóng mủ ở chỗ áp xe, lấy sụn áp xe ở vành tai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp xe sụn vành tai

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**4.1.Thầy thuốc**: Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

**4.2.** **Phương tiện:**

Dao trích đầu nhọn.

Pince, Curette.

Gạc, meches.

Thuốc: Oxy già, Betadin, thuốc tê.

Bơm tiêm.

**4.3.** **Bệnh nhân**:

 Xét nghiệm cơ bản.

Làm tư thế nằm.

**V. CÁC BƯỚC KĨ THUẬT**

Tiêm tê tại chỗ

Trích rạch áp xe vùng thấp nhất.

Dùng Curethe nạo ổ áp xe; nạo sụn áp xe lấy bỏ.

Làm sạch bằng nước oxy già, cồn betadin

Đặt dẫn lưu

**VI. THEO DÕI CHĂM SÓC**

Thay băng, thay dẫn lưu hàng ngày

Theo dõi: Mạch , nhiệt độ, huyết áp

**VII. TAI BIẾN**

Nhiễm trùng tiêu sụn vành tai.Xử trí kháng sinh,giảm nề,giảm đau.

## **9. LẤY DỊ VẬT TAI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ )**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.

- Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

- Thuốc tê lidocain 2%

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Dị vật hạt**

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

- Dị vật khó lấy:

+ Trẻ em có thể phải gây tê hoặc gây mê toàn thân.

+ Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.

+ Dùng nước ấm 37oC 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 bổ đôi ống tai ra lấy dị vật.

**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 gắp.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

- Nếu làm sây sát, chảy máu: phải đặt bấc 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.

**VII. 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.

## **10. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi Tai- Mũi- Họng, optic 0 độ cỡ nhỏ

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.

- Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

- Thuốc tê lidocain 2%

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**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 37oC 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 bổ đôi ống tai ra lấy dị vật.

**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 gắp.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

- Nếu làm sây sát, chảy máu: phải đặt bấc 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.

**VII. 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.

## **11. CHỌC HÚT DỊCH VÀNH TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Dẫn lưu dịch, tạo áp lực âm để làm giảm lượng dịch ở vành tai

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Viêm tụ dịch, máu ở vành tai không có nhiễm trùng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Áp xe sụn vành tai

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1.Cán bộ chuyên khoa**: Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

**2.Phương tiện:**

Dụng cụ:

 - Kẹp phẫu tích 2 cái ( 1 cái có mấu, 1 không mấu).

 - Dao nhọn 11, Kéo nhỏ, kìm mang kim

 - Bơm tiêm 5ml 01 cái, bơm 10 ml hoặc 20 ml 01 cái

 - Sond hút số 8

 - Bát kền, mèche, gạc, băng vô trùng, băng cuộn.

 - Khay quả đậu.

 - Khăn vuông nhỏ.

Thuốc:

 - Cồn iod 1%.

 - Thuốc tê

**3.Người bệnh:**

Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm, chức năng đông máu, HIV.

Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân ( tắm rửa, gội đầu). Giải thích về tính chất bệnh, động viên để người bệnh yên tâm điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Sát khuẩn tại chỗ vùng vành tai
* Tiêm tê tại chỗ
* Dùng dao nhọn chích 1 vết nhỏ 2 – 3mm, đủ để thoát dịch và luồn dây dẫn lưu váo dưới da vành tai. Rạch vùng thấp nhất của khối u.
* Đặt dẫn lưu vào đủ sâu, đầu dây nẵm ở vùng thấp nhất của khối tụ dịch.
* Khâu kín chân. Dùng bơm to tùy theo lượng dịch 10 hay 20 ml để hút liên tục. Sát khuẩn, đặt gạc băng kín. Thay băng hàng ngày.

**VI.THEO DÕI:**

* Tụt dẫn lưu, dẫn lưu không kín
* Choáng do đau
* Dị ứng thuốc

**VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:**

* Dẫn lưu không kín: khâu lại chân ống.
* Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ dị ứng
* Đau: nằm nghỉ ngơi, theo dõi, xử trí theo tình huống cụ thể.
* Viêm tấy sụn vành tai: xử trí như viêm sụn vành tai.

## **12. CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Tháo dịch ống tai ngoài

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Viêm, nhọt ống tai ngoài

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1.Cán bộ chuyên khoa**: Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

**2.Phương tiện:**

Dụng cụ:

 - Dao nhọn 11

 - Bơm tiêm 5ml 01 cái

 - Bát kền, mèche, gạc, băng vô trùng, băng cuộn.

 - Khay quả đậu.

 - Khăn vuông nhỏ.

Thuốc:

 - Cồn iod 1%.

 - Thuốc tê

**3.Người bệnh:**

Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm, chức năng đông máu, HIV.

Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân ( tắm rửa, gội đầu). Giải thích về tính chất bệnh, động viên để người bệnh yên tâm điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Sát khuẩn tại chỗ
* Tiêm tê tại chỗ
* Dùng dao nhọn chích 1 vết nhỏ 2 – 3mm, đủ để thoát dịch
* Sát khuẩn, đặt gạc băng kín. Thay băng hàng ngày.

**VI.THEO DÕI:**

Choáng do đau

Dị ứng thuốc

**VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:**

Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ dị ứng

Đau: nằm nghỉ ngơi, theo dõi, xử trí theo tình huống cụ thể.

## **13. LÀM THUỐC TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Làm thuốc tai:  Kĩ thuật được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tuỳ theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

**II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:**

Bệnh nhân được giải thích trước khi làm thủ thuật và ngồi đúng tư thế

**III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:**

- Đèn Clar

- Hộp dụng cụ làm thuốc tai: loa soi tai, que tăm bông, kẹp khuỷu, bát đựng dung dịch

- Thuốc: nước oxy già, nước muối sinh lý và các thuốc theo chỉ định của bác sĩ

**IV.KỸ THUẬT:**

Làm thuốc tai bao gồm:

1.Rửa tai:

 Nhằm làm sạch hết mủ ở tai

 Cách làm:

- Rỏ hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

- Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

- Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

2. Rỏ thuốc tại chỗ:

Rỏ thuốc nước: Tuỳ theo tình trạng chảy tai có thể dùng thuốc

- Thuốc sát khuẩn: Cồn boric 2-5% .

- Thuốc giảm đau tại chỗ.

- Kháng sinh: Cloramphenicol 4%, ofloxacin 0,3% …

      Cách làm:

- Ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc qua ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu.

- Bảo bệnh nhân giữ nguyên đầu vài phút hoặc bịt bông ngoài ống tai để giữ thuốc trong tai.

3.Phun thuốc, bôi thuốc tại chỗ:

Các thuốc thường dùng:  Bột acid boric, cloramphenicol khi tai còn ẩm. Thuốc mỡ, thuốc nước bôi tại chỗ

Cách làm:

- Kéo nhẹ vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai.

- Với thuốc bột: Dùng bình phun thuốc hay để một ít bột thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thùng tai.

- Với thuốc nước, thuốc mỡ: dùng tăm bông nhúng vào dung dịch hay bôi mỡ đưa vào ống tai, chấm đều các vị trí tổn thương cần thiết 1 lớp mỏng.

**V. TAI BIẾN, XỬ TRÍ**

Chảy máu: làm sạch máu, đặt mèche cầm máu

Chóng mặt: cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, theo dõi để xử trí tiếp theo

## **14. LẤY NÚT BIỂU BÌ ỐNG TAI NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.

- Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

**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.

**V. 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.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

- Nếu làm sây sát, chảy máu: phải đặt bấc 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **15. PHẪU THUẬT NẠO SÀNG HÀM**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Nằm trong hệ thống phẫu thuật tiệt căn.

- Là phẫu thuật Caldwel-Luc, sau đó nạo lấy bệnh tích các xoang sàng trước và sau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm đa xoang mạn đã điều trị nội khoa không kết quả.

- Viêm đa xoang mạn có thoái hóa thành polyp (ở mũi xoang).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ nhỏ.

- U máu, u ác ở xoang sàng hàm.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

Có trình độ từ bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên.

**2. Phương tiện:**

Bộ phẫu thuật Caldwel-Luc và bộ thìa nạo xoang sàng hàm, máy hút.

**3. Người bệnh:**

Hồ sơ, thuốc trước mổ như trong phẫu thuật Caldwel-Luc.

**4.Hồ sơ bệnh án:**

 Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

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

**2.Tư thế người bệnh:**

 Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.

**3.Kỹ thuật:**

**Thì 1**: Gây tê hoặc gây mê trẻ em, người già, yếu

- Vùng: hốc chân bướm hàm, lỗ thần kinh dưới ở mắt.

- Tại chỗ: niêm mạc tiền đình lợi môi.

**Thì 2**: Bộc lộ mặt xoang

- Rạch niêm mạc tiền đình lợi môi từ răng 1-2 đến 5-6 cách lợi chân răng 1-1,5 cm.

- Bóc tách bộ lộ mặt trước xoang (không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt).

**Thì 3**: Mở xoang

- Dùng đục/ khoan mở vào xoang mặt trước cách 1-1,5 cm, trong tiếp giáp vách ngăn, dưới gần đáy xoang.

- Có thể dùng khoan cắt mở nắp sau khâu cốt mạc đậy lại.

- Mở thêm hõm thành trên trong xoang hàm kích thước 0,3 x 0,5 cm.

**Thì 4**: Lấy bệnh tích

- Quan sát, đánh giá bệnh tích

- Lấy bệnh phẩm: mủ/ niêm mạc u.

- Lấy bỏ: polyp/ niêm mạc thoái hóa u/ nang

**Thì 5***:* Mở vào xoang sàng

Vào xoang sàng qua tam giác xung kích ở góc trên trong của xoang hàm (thận trọng vì có thể lệch sang ổ mắt).

**Thì 6***:* Nạo sàng bằng bộ thìa nạo

- Nạo sàng trước (theo đúng hướng).

- Nạo sàng sau (theo đúng hướng).

**Thì 7***:* Mở lỗ thông xoang mũi

**Thì 8***:* Cầm máu, đóng xoang

Lưu ý: không nhét trực tiếp đầu bấc vào lỗ thông sàng hàm mà đặt võng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Trong phẫu thuật: chảy nước mắt, cảm giác đau, nhìn khi nạo xoang sàng.

- Sau phẫu thuật: chảy máu.

- Chảy nước não tủy.

- Nhìn và vận nhãn.

**2. Xử trí:**

- Ngoài các tai biến như trong phẫu thuật Caldwel-Luc, cần lưu ý: tổn thương thành (xương giấy) ngăn xoang ổ mắt do mở/ nạo xoang lệch hướng gây nhìn đôi, xuất huyết ổ mắt mũi.

- Phối hợp với nhãn khoa tổn thương mảnh ngang sàng gây: chảy nước não tủy qua mũi (xem bài phẫu thuật vách ngăn).

- Dính tầng trên hốc mũi/ tổn thương trần hốc mũi: gây mất ngửi.

## **16. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

**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.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

- Đặt bấc 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.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ**

- Rút merocel sau mổ 48 giờ hay 72 giờ.

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

- Hút, rửa mũi - xoang sau rút merocel.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét bấc.

- Tổn thương ống lệ tỵ.

## **17. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG BƯỚM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý của xoang bướm:

- Viêm xoang bướm mạn tính tái phát nhiều lần.

- U nang, u lành tính xoang bướm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

- Đặt bấc 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.

- Dùng bay bẻ, đẩy cuốn giữa ra ngoài. Có thể cắt đuôi cuốn giữa nếu cần

- Dùng que thăm dò lỗ thông xoang bướm: ở khe bướm sàng cách cửa mũi sau 1,5cm.

- Mở rộng lỗ thông xoang bướm bằng kìm nấm hoặc dao hút - cắt (Micro debrider, hummer), theo hướng xuống dưới và vào trong.

- Lấy sạch bệnh tích trong xoang bướm qua lỗ thông xoang.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ**

- Rút merocel sau mổ 48 giờ hay 72 giờ.

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

- Rửa mũi - xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét bấc.

- Tổn thương động mạch cảnh trong, thần kinh thị giác trong lòng xoang.

## **18. CẮT POLYP MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp gây ngạt tắc mũi.

- Polyp gây rối loạn thông khí vòi nhĩ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).

- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.

- Thòng lọng cắt polyp.

- Banh mũi (Puplan, Killian).

- Dao cắt hút (micro debrider).

**2. Người bệnh**

Được giải thích về kỹ thuật, hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Cắt polyp bằng thòng lọng**

***1.1. Chỉ định***

Polyp là một khối riêng biệt có cuống ở phần trước hốc mũi, và khe giữa có thể tách thòng lọng vào được.

***1.2. Kỹ thuật***

- Banh mũi bằng banh Killian.

- Thăm dò bằng que thăm dò.

- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

- Đưa dần thòng lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.

- Thắt dần thòng lọng để chẹn cuống polyp.

**2. Cắt polyp bằng kìm Luc**

***2.1. Chỉ định***

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.

- Polyp do thoái hóa cuốn.

***2.2. Kỹ thuật***

- Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.

- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.

- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).

- Đặt bấc mũi hai bên.

**3. Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)**

***3.1. Chỉ định***

Tất cả các loại polyp mũi.

***3.2. Kỹ thuật***

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 300 cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.

- Đặt bấc mũi/merocel.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bấc.

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.

- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.

- Rút bấc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

## **19. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp gây ngạt tắc mũi,gây rối loạn thông khí vòi nhĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).

- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Máy nội soi tai mũi họng, optic 0 độ.

- Dụng cụ phẫu thuật mũi xoang

- Dao cắt hút (micro debrider): lưỡi thẳng và cong

**2. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**3.** Người bệnh

- Khám tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

- Đặt meche tẩm naphazolin 0,1% 2 bên hốc mũi trong thời gian 5 phút

- Rút meche dùng nội soi quan sát hốc mũi, đánh giá khối polyp.

- Tiêm tê Medicain 2% vào quanh chân khối polyp và trong lòng khối polyp

- Dùng pince thẳng bấm 1 mảnh tổ chức khối polyp gửi giải phẫu bệnh.

**-** Dùng dao cắt hút với mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 30 độ cắt hút khối polyp đến hết chân.

- Đặt merocel.cầm máu hốc mũi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét meche tăng cường

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.

- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.

- Rút merocel ngày thứ 3 sau mổ.

## **20. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ KHE GIỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý của xoang hàm, xoang sàng trước

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

**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. Hồ sơ bệnh án:**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

- Đặt bấc 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, lấy hết bệnh tích trong sàng trước.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ**

- Rút merocel sau mổ 48 giờ hay 72 giờ.

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

- Hút, rửa mũi - xoang sau rút merocel.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét bấc.

- Tổn thương ống lệ tỵ.

## **21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp dụng cho u mũi xoang không xâm lấn.

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nội soi với các optic 0o, 30o, (có thể cả 70o, 90o).

- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, gặm 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 sáp cầm máu xương rất tốt).

- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bấc mũi, gạc.

**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 để dây thắt chờ).

**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.

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

**1. Kiểm tra hồ sơ**

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

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Kỹ thuật**

Thì 1: Nội soi kiểm tra bệnh tích, và đạt tê, co mạch bằng bấc tẩm oxymetazolin, hoặc naphazolin, hoặc lidocain, xylocain 3%. Sau 3-5 phút rút bấc tê và tiêm tê bằng Medicain 2 % vào vùng mỏm móc, dọc vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khẩu 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 mỏm 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 khỏi bị che lấp và mờ 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 bấc 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.

**VI. THEO DÕI**

**1. Theo dõi**

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

**2. Chăm sóc hậu phẫu**

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

**3. Rút bấc mũi, merocel**

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

**4. Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bấc mũi**

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

**5. Ra viện sau 7 ngày**

Khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ, và an toàn về cầm máu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến về gây mê**

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

**2. Tai biến chảy máu**

Có thể do động mạch bướm khẩu 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 bấc 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.

**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.

**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.

**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

## **22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi cắt u vòm mũi họng 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- u xơ mạch vòm mũi họng, ở giai đoạn I, II, (Khối u chỉ khu trú ở cửa mũi sau, vòm họng, xoang hàm, hố chân bướm hàm; chưa lan tràn vào hố dưới thái dương, hốc mắt, đáy sọ).

- U lành tính khú trú vùng vòm..

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nội soi với các optic 0o, 30o, (có thể cả 70o, 90o).

- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, gặm 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 sáp cầm máu xương rất tốt).

- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bấc mũi, gạc.

**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 để dây thắt chờ).

**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.

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

**1. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối kê vai.

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

***Thì 1:*** Nội soi kiểm tra bệnh tích, và đạt tê, co mạch bằng bấc tẩm oxymetazolin, hoặc naphazolin, hoặc lidocain, xylocain 3%. Sau 3-5 phút rút bấc tê và tiêm tê bằng Medicain 2 % vào vùng mỏm móc, dọc vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khẩu 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 mỏm 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 khỏi bị che lấp và mờ 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 cửa mũi sau vòm họng xuống họng miệng. Chú ý vừa phải cầm máu thật kỹ bằng đông điện lưỡng cực, các vị trí dễ chảy máu nhiều là diện chân bám, bờ trên cửa mũi sau -vị trí nuôi dưỡng của nhánh trên của động mạch khẩu cái sau, vùng cửa mũi sau gần lỗ ra của động mạch chân bướm khẩu cái. Vừa đông điện, vừa tách diện chân bám khối u ra khói u: ở vùng chân bướm, diện bám thường lan theo bờ cửa mũi sau lên khe trên, đuôi cuốn giữa, cuốn trên và có thể vào cả trong xoang bướm, ra sau vào vùng thành bên vòm họng hoặc cả trần vòm họng, u có thể lan rộng vào cả hố chân bướm hàm, xoang hàm. Bóc tách và đông điện kỹ để tách dời toàn bộ diện bám và đẩy gạt khối u xuống vùng họng miệng. Sau đó, dùng đè lưỡi kiểm tra và lấy khối u theo đường họng miệng, thường thấy khối u tụt xuống lấp ló sau màn hầu.

***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 bấc 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.

**VI. THEO DÕI**

**1. Theo dõi**

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

**2. Chăm sóc hậu phẫu**

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

**3. Rút bấc mũi, merocel**

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

**4. Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bấc mũi**

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

**5. Ra viện sau 7 ngày**

Khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ, và an toàn về cầm máu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến về gây mê**

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

**2. Tai biến chảy máu**

Có thể do động mạch bướm khẩu 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 bấc 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.

**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.

**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.

**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.

## **23. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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%).

**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. 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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

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

***3.2. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

***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 được 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.

**VI. 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.

**VII. 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.

## **24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chảy máu mũi sau phẫu thuật nội soi can thiệp vùng mũi xoang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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 (Medicain 2%).

**3. Người bệnh**

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.

- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.

**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.

Các xét nghiệm cần làm bổ xung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20o so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, người phụ dứng đối diện

***3.2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

***3.3. Kỹ thuật***

***Thì 1:***

Rút Merocel hoặc bấc trong mũi.

***Thì 2:***

Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.

***Thì 3:*** Rút merocel

- Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.

- Đánh giá tình được tình trạng hốc mổ, 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 lớp trong và merocel phía ngoài vào hốc mũi để chống dính và cầm máu tăng cường.

**VI. 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu lại.

- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

- Hoại tử niêm mạc mũi nếu diện đốt quá rộng và sâu.

## **25. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là biện pháp tách niêm mạc dính trong hốc mũi dưới nội soi sau biến chứng dính niêm mạc của các phẫu thuật vùng mũi xoang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dính niêm mạc mũi sau phẫu thuật nội soi can thiệp vùng mũi xoang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ nội soi Tai mũi họng.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang

- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5‰ hoặc 1‰).

- Thuốc gây tê tại chỗ (Medicain 2%).

**3. Người bệnh**

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.

- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20o so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, người phụ dứng đối diện

***3.2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

***3.3. Kỹ thuật***

- Đặt thuốc co mạch 2 bên hốc mũi

- Dùng ống nội soi kiểm tra toàn bộ hốc mũi đánh giá tình trạng dính niêm mạc về vị trí, các mốc giải phẫu, diện tích các bộ phận bị dính.

- Tê niêm mạc tại vị trí dính bằng medicain 2%.

- Dùng bay nhẹ nhàng tách các vị trí niêm mạc dính ( thường là dính giữa niêm mạc cuốn giữa, dưới với niêm mạc vách ngăn, niêm mạc cuốn giữa với vách mũi xoang..). Nếu vùng dính dai chắc có thể dùng dao nhọn 11 hoặc dao lá lúa.

- Đốt cầm máu diện niêm mạc dính vừa tách bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

- Bơm rửa sạch, kiểm tra lại hốc mũi.

- Đặt miếng gelaspon có bôi mỡ kháng sinh tại vị trí dính. Nếu diện dính nhiều đặt Merocel có bôi mỡ kháng sinh tại vị trí tách dính để cầm máu tăng cường

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Rút merocel sau 3-5 ngày tùy từng người bệnh.

- Hút rửa mũi, bôi mỡ kháng sinh tại vị trí dính hàng ngày

- Hẹn bệnh nhân tái khám sau ra viện 7-14-21 ngày. Tiếp tục hút mũi và bôi mỡ kháng sinh trong các đợt tái khám.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu.

- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

- Dính lại ( Biến chứng muộn).

## **26. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật thu nhỏ cuốn mũi giữa khi cuốn mũi giữa bị quá phát do viêm thoái hóa niêm mạc hay trong bệnh lý xoang hơi cuốn mũi giữa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cuốn mũi dưới bị quá phát do thoái hóa không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Xoang hơi cuốn giữa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh về máu: rối loạn đông, chảy máu.

- Các bệnh về tim mạch và nội khoa khác: chưa kiểm soát được.

- Thiếu máu.

- Nhiễm trùng cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Máy Hummer.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Bấc tẩm thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5% hoặc 1‰).

- Thuốc gây tê tại chỗ: Medicain 2%

**3. Người bệnh**

- Khám kiểm tra mũi xoang qua nội soi, chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang tư thế coronal (mặt phẳng đứng ngang).

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.

- Bồi phụ máu, nước, điện giải.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu như: công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận, điện tâm đồ, siêu âm tim, Xquang phổi...

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn (15o - 20o) so với ngực.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, người phụ đứng đối diện với phẫu thuật viên.

**3. Kỹ thuật**

***+***Đặt thuốc co mạch 2 bên hốc mũi.

+ Dùng optic nội soi 0o kiểm tra toàn bộ hốc mũi và cuốn giữa bên tổn thương.

+ Tê niêm mạc tại chỗ cuốn giữa, chân bám cuốn giữa bằng Medicain 2%

+ Dùng dao lá lúa hoặc dao nhọn 11 bổ đôi cuốn mũi giữa từ trước ra sau. Dùng kẹp lấy bỏ hết nửa cuốn mũi phía trong sát vách ngăn.

+ Dùng lưỡi hummer làm sạch và lấy bỏ nốt các phần niêm mạc còn sót, phần niêm mạc thoái hóa nhiều.

+ Cầm máu diện cắt bằng Bipolar

+ Kiểm tra, bơm rửa sạch hốc mũi.

+ Đặt merocel vào hốc mũi để chống dính và cầm máu mũi.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Thay băng mũi ngoài mỗi ngày 2 lần.

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi mỗi ngày. Rút merocel từ ngày thứ 3 - 6 tùy tình trạng của người bệnh.

- Người bệnh được yêu cầu tái khám sau mỗi tuần trong tháng đầu và 3 tháng sau mổ để đánh giá tình trạng chảy máu, giả mạc, bong giả mạc. Trong tuần đầu, khuyên người bệnh tránh xì mũi mạnh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu.

- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

## **27. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HINH CUỐN MUI DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là phẫu thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.

**II. 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.

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang

- Đông điện: Bipolar

- Máy nội soi tai mũi họng

- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

**3.** Người bệnh

- Khám nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Tư thế***

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn (15o - 20o) so với ngực.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, người phụ đứng đối diện với phẫu thuật viên.

***2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

**3. Kỹ thuật**

**-** Đặt co mạch 2 bên hốc mũi, gây tê niêm mạc cuốn dưới 2 bên

- Tay trái cầm optic quan sát.

- Tay phải cầm Bipolar đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).

- Hai nghành của Bipolar ôm lấy niêm mạc của cuốn dưới rồi đốt lùi 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.

- Đốt bên đối diện tương tự.

- Bơm rửa hốc mũi, đặt Meorocel 2 bên.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Thay băng mũi ngoài mỗi ngày 2 lần.

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi mỗi ngày. Rút merocel từ ngày thứ 3 - 6 tùy tình trạng của người bệnh.

- Người bệnh được yêu cầu tái khám sau mỗi tuần trong tháng đầu và 3 tháng sau mổ để đánh giá tình trạng chảy máu, giả mạc, bong giả mạc. Trong tuần đầu, khuyên người bệnh tránh xì mũi mạnh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu.

- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

## **28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt 1 phần 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.

Trong phạm vi bài này trình bày kỹ thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới...

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**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 0o hoặc 30o.

- 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%...

**3.** Người bệnh

- Khám nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4.** Hồ sơ bệnh án: Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

(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 bấc mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

**VI. THEO DÕI**

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.

- Rút bấc mũi sau 24 - 48 giờ.

- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.

- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.

- An thần.

- Đặt lại bấc mũi.

- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

## **29. PHẪU THUẬT THỦNG VÁCH NGĂN MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thủng vách ngăn mũi.

**III. 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 viêm nhiễm vùng mũi xoang.

+ Người bệnh từ chối phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000).

**3. Người bệnh**

- Khám nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. 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.

- Bộc 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 nilon 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.

**VI. 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.

**VII. 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.

## **30. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thủng vách ngăn mũi.

**III. 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 viêm nhiễm vùng mũi xoang.

+ Người bệnh từ chối phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang

- Dàn máy nội soi TMH

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000).

**3. Người bệnh**

- Khám nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. 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.

- Bộc 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 nilon 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.

**VI. 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.

**VII. 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.

## **31. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm mũi xoang cấp.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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.

+ Banh mũi nhọn ngắn và dài.

+ Banh cửa mũi của Palmer, kìm mang kim.

+ Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.

+ Máy hút, ống hút.

+ Bộ nội soi tai mũi họng với optic 0 độ

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

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi**,**Blondeau, Hirtz,CT scan lát cắt đứng ngang và lát cắt ngang (coronal và axial)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Tiền 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 bấc tẩm dầu và kháng sinh vào hốc mũi hai bên.

**VI. 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 bấc và phim nhựa sau 3 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**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.

**2. Chảy máu**

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

**3. Tụ máu vách ngăn**

Chích rạch tháo khối tụ máu sau đó nhét lại bấc 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.

**4. Di chứng**

- Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi.

- Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại.

## **32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm mũi xoang cấp.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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.

+ Banh mũi nhọn ngắn và dài.

+ Banh cửa mũi của Palmer, kìm mang kim.

+ Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.

+ Máy hút, ống hút.

+ Bộ nội soi tai mũi họng với optic 0 độ

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

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi**,**Blondeau, Hirtz,CT scan lát cắt đứng ngang và lát cắt ngang (coronal và axial)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Tiền 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 bấc tẩm dầu và kháng sinh vào hốc mũi hai bên.

**VI. 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 bấc và phim nhựa sau 3 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**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.

**2. Chảy máu**

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

**3. Tụ máu vách ngăn**

Chích rạch tháo khối tụ máu sau đó nhét lại bấc 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.

**4. Di chứng**

- Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi.

- Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại.

## **33. PHẪU THUẬT MỞ LỖ THÔNG MŨI XOANG QUA KHE DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật tạo lỗ thông từ xoang hàm qua khe dưới để dẫn lưu dịch từ xoang qua khe dưới vào hốc mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm xoang hàm mạn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Dụng cụ phẫu thuật đầu cổ

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được:giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, khám trước mổ, khám nội soi tai mũi họng

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi,

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, đầu cao hơn ngực (10-15o).

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

**3. Kỹ thuật**

- Vùng: hốc chân bướm hàm, lỗ thần kinh dưới ở mắt.

- Tại chỗ: niêm mạc tiền đình lợi môi.

***Thì 2: Bộc lộ mặt xoang***

- Rạch niêm mạc tiền đình lợi môi từ răng 1-2 đến 5-6 cách lợi chân răng 1-1,5 cm.

- Bóc tách bộ lộ mặt trước xoang (không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt).

***Thì 3: Mở xoang***

- Dùng đục/ khoan mở vào xoang mặt trước cách 1-1,5 cm, trong tiếp giáp vách ngăn, dưới gần đáy xoang.

- Có thể dùng khoan cắt mở nắp sau khâu cốt mạc đậy lại.

***Thì 4: Lấy bệnh tích***

- Quan sát, đánh giá bệnh tích

- Lấy bệnh phẩm: mủ/ niêm mạc u.

- Lấy bỏ: polyp/ niêm mạc thoái hóa u/ nang

***Thì 5: Mở lỗ thông xoang mũi ở khe dưới***

Phá vách xương: 1 x 2 cm, lấy bỏ niêm mạc lỗ thông.

***Thì 6: Cầm máu - đóng xoang***

- Nhét bấc thấm dầu, kháng sinh xoang, mũi. Nếu nhét 2 bấc phải buộc nối.

- Khâu niêm mạc lợi môi.

- Kiểm tra tình trạng chảy máu ở mũi, họng.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.

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

- Rửa mũi - xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét bấc.

## **34. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI**

**I. 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.

**II. 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.

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Đông điện

+ Banh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).

+ Que bông, bấc, bông y tế.

- Thuốc: thuốc tê (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**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 bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

**2. Kỹ thuật**

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.

- Tay phải cầm đông 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 đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ 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 đông 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.

**VI. 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.

- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

## **35. NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI**

**I. 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.

**II. 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.

**III. 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).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Đông điện

+ Dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang

+ Máy nội soi Tai Mũi Họng

+ Que bông, bấc, bông y tế.

- Thuốc: thuốc tê (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**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 bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

**2. Kỹ thuật**

- Tay trái cầm optic nội soi và quan sát trên màn hình

- Tay phải cầm đông 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 đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ 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 đông 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.

**VI. 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.

- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

## **36. BẺ CUỐN MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bẻ 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 vẩu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cuốn mũi bị vẩu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

- Đang viêm mũi xoang cấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Kéo cong to bản đầu tù hoặc bay to bản.

+ Banh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)

+ Que bông, bấc, bông y tế.

- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỷ lệ 1: 20.000).

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**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 bấc 15 phút).

**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 cuốn đến đầu cuốn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

**VI. THEO DÕI**

- Chảy máu.

- Sốc do thuốc, do đau.

- Nhiễm khuẩn.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sốc: chống sốc.

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

## **37. NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gẫy 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 gẫy.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- 01 cặp khuỷu.

- 01 bay to và đủ cứng, kìm nâng sống mũi cuốn (Asch - Walsham).

- 01 soi mũi.

- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.

- Khăn, bấc nhét mũi có tẩm dầu.

- Gạc có tẩm bột thạch cao hoặc nhựa bột (nhựa nhanh cứng).

- Ống hút và máy hút.

**3. Người bệnh**

- Chụp phim Blondeau, Hirtz, mũi nghiêng (tia mềm hơn).

- Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.

- Thông thường xử trí chấn thương gẫy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bấc 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê**

**2. Đối với gẫy kín**

- Đặt bấc có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên, sau 10 phút rút ra. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.

- Rút bấc ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gẫy về vị trí cũ.

- Nhét một bấc có thấm dầu parafin lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại.

- Nếu bên kia cũng gẫy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bấc phải chỉnh lại vách ngăn cho cân đối.

- Làm một máng bằng bột thạch cao và gạc ra phía ngoài (hoặc nhựa) theo khuôn của mũi để đỡ khung cho mũi. Nẹp bột này được giữ 1 tuần rồi bỏ ra, rút bấc mũi sau 2 ngày.

**3. Đối với xương chính gẫy hở**

- Phải xếp lại xương gẫy về vị trí cũ.

- Độn gạc giữ phía bên trong mũi.

- Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ, da.

- Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

**VI. THEO DÕI**

- Dùng kháng sinh toàn thân, nhỏ mũi bằng Argyrol 3%.

- Nếu gẫy hở, bẩn, cần tiêm S.A.T.

- Làm thuốc mũi: hút dịch, khí dung mũi, luôn không để dính.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét lại bấc cho chặt.

- 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.

## **38. SINH THIẾT HỐC MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các tổn thương bệnh lý của hốc mũi hoặc sàng hàm lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các phình mạch.

- Sa màng não.

- U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Máy nội soi tai mũi họng.

+ Kìm bấm sinh thiết.

+ Bấc, gelaspon.

- Thuốc: xylocain 3%, naphazolin

**3. Người bệnh**

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.

- Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz, CTscaner nếu cần.

**V. 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.

- Đặt co mạch 2 bên hốc mũi

- 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 dưới quan sát của nội soi.

- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.

- Đặt gelaspon hoặc bấc cầm máu và rút sau 24 giờ.

**VI. THEO DÕI**

Rút bấc sau 24 giờ nếu phải nhét bấc mũi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.

- Sốc: chống sốc.

## **39. CHỌC RỬA XOANG HÀM**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.

- Chọc thăm dò để chẩn đoán.

**III. 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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**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%.

**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. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định.

Chụp phim Blondeau.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**2. Kỹ thuật**

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuốn dưới 0,5 - 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuốn 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 trôca và đặt bông ép trong 3 phút.

- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.

- Theo dõi chảy máu, sốc.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.

- 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.

## **40. PHƯƠNG PHÁP PROETZ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. 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).

**3. Người bệnh**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

- Không

2. Tư thế bệnh nhân

 - Người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

**3. Kỹ thuật**

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

- 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 đậy 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.

## **41. NHÉT BẤC MŨI SAU**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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 lanh to, bấc mũi hoặc merocel.

- Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin, gomenol.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.

- Kiểm tra mạch, huyết áp.

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

**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 mồm bằng kìm 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 bấc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.

- Nhét bấc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).

- Cố định cuộn bấc 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 bấc sau 48 giờ.

**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 bấc quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải nhét lại.

## **42. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng hỗ trợ.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

- Nguồn sáng (đèn Clar).

- Máy hút.

- Bấc 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 paraphin, dầu gômênôn.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

**3. Kỹ thuật**

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

- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm võng 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.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 bấc tối đa sau 48 giờ.

**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 bấc xuống họng do không làm võng hoặc nhét không chặt: nhét lại bấc, chú ý làm võng 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 bấc có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theo chảy máu mũi sau phải nhét bấc mũi sau.

## **43. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL**

**I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. 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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

**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.

**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. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ.

***3.2. Tư thế người bệnh***

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

***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 phồng merocel.

- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. 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.

## **44. LẤY DỊ VẬT MŨI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.

- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc merocel.

- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

- Máy hút.

**3. Người bệnh**

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

- Người lớn: ngồi trên ghế.

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

**2. Vô cảm**

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

**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 bấc 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.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Chảy máu: tuỳ theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

**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.

## **45. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI ( GÂY TÊ/ GÂY MÊ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

**-** Máy nội soi, optic 0 độ

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.

- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc merocel.

- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

- Máy hút.

**3. Người bệnh**

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

- Người lớn: ngồi trên ghế.

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

**2. Vô cảm**

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

**3. Kỹ thuật**

**-** Dùng máy nội soi để soi đánh giá dị vật

- 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 bấc 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.

+ Soi vào trong hốc 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.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Chảy máu: tuỳ theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

**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

## **46. CẦM MÁU MŨI ĐIỂM MẠCH BẰNG HÓA CHẤT ( BẠC NITRAT)**

**I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA**

Là thủ thuật dùng que trâm đầu tù chấm bạc nitrat 5% vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chảy máu mũi điểm mạch trong trường hợp đặt merocel không cầm được

Chảy máu ít, chảy máu điểm mạch Kisselbach

**III. 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 bạc nitrat 5%

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).

- Bạc nitrat 5%

- Que trâm đầu tù

- đèn cồn

- Bình phun thuốc tê tại chỗ.

- Ống hút, máy hút.

**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. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ.

***3.2. Tư thế người bệnh***

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

***3.3. Kỹ thuật***

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.

- Dùng que trâm đầu tù nướng đỏ ở đầu chấm vào dung dịch bạc nitrat 5%, muối bạc sẽ chảy ra và đọng lại thành một hạt nhỏ óng ánh ở đầu que trâm, dí hạt trai vào chỗ đang chảy máu
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

**VI. THEO DÕI**

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng bạc nitrat cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi bằng pibolar

## **47. RÚT MECHE, RÚT MEROCEL HỐC MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Dùng pince cong nhỏ hoặc kẹp khuỷu rút meche, merocel sau cầm máu mũi được 48 giờ

**II. CHỈ ĐỊNH**

Điểm mạch mũi chảy máu đã cầm , ổn định sau 48 giờ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng hỗ trợ.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

- Nguồn sáng (đèn Clar).

- Máy hút.

- Pice cong nhỏ

- Thuốc co mạch

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Không

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

**3. Kỹ thuật**

- Dùng kẹp khuỷu hoặc pice cong kẹp meche hoặc merocel rút nhẹ nhàng ra khỏi hốc mũi, sau đó dùng máy hút hết dịch trong mũi kiểm tra xem có máu chảy ra theo không

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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

**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.

- Sau khi rút, máu vẫn chảy: nhỏ thuốc co mạch hoặc phải cầm máu lại bằng meche, merocel, hoặc bạc nitrat 5%

## **48. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau phẫu thuật mũi xoang

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

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**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%.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ trước.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**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 mổ.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.

- Theo dõi chảy máu, sốc.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.

- Chảy máu: Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

# B. HỌNG- THANH QUẢN

## **49. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Có nhiều đợt viêm cấp 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liền.

- 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**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.

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thòng lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thòng 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.

**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. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**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 thòng lọng (Anse) dưới gây mê.

**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. 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 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. Cầm máu bằng bông cầu tẩm oxy già (H2O2) 12 đơn vị thể tích. Trường hợp có chảy máu thì cặp buộc, đốt muối nitrat bạc 5-10%, đặt cục gạc vào hố amidan khâu trụ tạm thời 24 giờ, đốt điện thậm chí có thể thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.

**VI. 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.

**VII. 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 muộn

## **50. PHẪU THUẬT CẮT AMYDAN BẰNG COBLATOR**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Có nhiều đợt viêm cấp 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liền.

- 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**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.

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan

- Coblator, bipolair .

**3. Người bệnh**

Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- 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.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi.

**V.** CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. Kỹ thuật**

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

***Thì 1:*** Đặt mở miệng Davis-boy bộc lộ khoang miệng và 2 Amidan ( Nếu Amidan quá to hay lưỡi dày có thể bộc lộ từng bên một)

***Thì 2:*** Dùng coblator cắt, tách amidan khỏi các trụ kẹp giữa amidan, mỏ khuyết ở gần cực trên trụ trước, bóc tách trụ trước (lưu ý bộc lộ đủ cực trên amidan), bóc tách trụ sau.

***Thì 3:*** Bóc tách và lấy amidan khỏi hốc cắt theo bình diện bao quanh Amidan để tránh chảy máu: Dùng coblator tiếp tục cắt, bóc tách amidan ra khỏi hốc cho tới tận cuống, sau đó cắt đứt cuống lấy bỏ toàn bộ Amidan ra khỏi hốc

***Trong quá trình cắt và bóc tách Amidan nếu có chảy máu thì dùng Bipolair để cầm.***

**Cắt amidan bên còn lại như trên.**

***Thì 4:*** Kiểm tra, cầm máu

- Quan sát kỹ 2 hốc amidan.

- Nếu còn rỉ máu phải cầm máu tiếp bằng Bipolair đảm bảo không còn chảy

**VI. 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.

**VII. 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 muộn.

## **51. PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN (GÂY MÊ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cấp cứu cầm máu tại hốc mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau khi làm phẫu thuật cầm máu ban đầu không được.

Chảy máu do vỡ mạch máu nhanh, nhiều.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Mức độ chảy máu ít, rỉ rả

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Thầy thuốc:**

Bác sĩ chuyên khoa TMH .

**2. Dụng cụ:**

Mở miệng.

Kocher dài không mấu, kẹp phẫu tích có mấu và không mấu.

Vén trụ

Kìm mang kim

Ông hút

Dao cầm máu đơn cực, lưỡng cực

Gạc, chỉ

**V. CÁC BƯỚC KĨ THUẬT**

**1. Vô cảm**

Tùy theo mức độ chảy máu, tính chất cấp cứu có thể tiền mê hoặc mê nội khí quản

**2. Các bước cầm máu**

Mở miệng, hút sạch máu dịch trong họng.

Tìm điểm chảy máu, tiên lượng mức độ.

Nếu nhẹ chèn gạc tẩm ô xy già,gạc tẩm Adrenalin.

Cầm máu trực tiếp bằng dao đông điện lưỡng cực hoặc đơn cực nếu chảy rò, mức độ ít.

Cầm máu bắng kẹp Kocher điểm chảy nhanh, nhiều.

Chảy máu diện rộng, tổn thương sau mổ nhiều ngày. Cầm máu và khâu ép trụ phối hợp.

**VI. THEO DÕI VÀ CẦM MÁU**

Theo dõi chảy máu như sau cắt Amydan.

Theo dõi nhiễm trùng.

## **52. NẠO VA**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**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.**

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thìa nạo V.A có rổ.

- Đè lưỡi hoặc banh miệng.

- Khay quả đậu.

- Đèn clar.

**3. Người bệnh**

- Được khám nội soi chẩn đoán V.A trước đó.

- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản.

- Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

- Nhịn ăn sáng

**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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Không

**2. Tư thế**

- Thầy thuốc đội đèn clar, ngồi trên ghế , bàn dụng cụ để bên phải.

- Y tá bế và giữ bệnh nhân: sau khi dung 1 khăn to quấn tròn trẻ từ vai đến chân, y tá ngồi trên ghế, đặt bệnh nhân vào giữa hai đùi và khẹp chặt lấy chân bệnh nhân, tay phải ôm ngang người bệnh nhân và giữ chặt 2 tay, tay trái giữ đầu bệnh nhân tì vào ngực.

**3. Kỹ thuật**

 ***Thì 1****:* Đè lưỡi bệnh nhân (có thể dùng banh miệng).

***Thì 2:***Đưa thìa nạo V.A vào vòm mũi họng.

Thầy thuốc tay trái cầm đè lưỡi ấn xuống để nhìn rõ eo họng. Tay phải cầm cán thìa nạo nằm ngang chui qua eo họng luồn sau lưỡi gà-ngay lập tức xoay thìa nạo tư thế thẳng đứng đưa lên trên và ra sau để thìa nạo úp chụp lên khối V.A.

 ***Thì 3:*** Nạo khối VA:

- Cán thìa nạo chếch 30-40 độ so với sàn miệng thầy thuốc cầm thìa nạotì vào nóc vòm và gạt nhanh lưỡi nạo từ trước ra sau, từ trên xuống dưới và rút lưỡi nạo ra ngoài họng.

- Người phụ nhanh chóng dùng tay giữ đầu bệnh nhân tỳ ra phía trước, cúi gập đầu bệnh nhân xuống khay để máu không chảy vào đường thở.

- Có thể nạo cả V.A vòi nhĩ bằng cách đưa chếch thìa nạo 30độ (chủ yếu nạo ở trẻ lớn)

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Ngừng thở: Đặt bệnh nhân nằm, kéo lưỡi, hô hấp nhân tạo, thở ôxy.

- Chảy máu đường thở: cúi gập đầu nhanh sau khi rút thìa nạo ra khỏi miệng.

- Rơi mảnh V.A, hoặc gãy rổ rơi vào đường thở.

- Chảy máu kéo dài: đưa vào phòng mổ cầm máu lại.

## **53. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Thìa nạo VA

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**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. 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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô càm**

 Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu ngửa

**3. Kỹ thuật**

+ 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 dụng cụ nạo:(thìa nạo, hoặc hummer, dao plasma, dao laser…tùy điều kiện của cơ sở ) tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

+ Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

## **54. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Thìa nạo VA

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**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. 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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

 Gây mê toàn than

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu ngửa

**3. Kỹ thuật**

+ 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 oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

 Chảy máu: đốt cầm máu.

**55. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI BẰNG COBLATOR**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Bộ dụng cụ Coblator.

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**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. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Gây mê toàn thân**

**4. Kỹ thuật**

+ 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 Coblator tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

+ Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

## **56. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG MICRODEBRIDER (HUMMER) (GÂY MÊ)**

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Bộ dụng cụ cắt hút XPS lưỡi cong và thẳng.

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**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. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3. 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 ống cắt hút (XPS) lưỡi cong tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

+ Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

***- 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 ống cắt hút (XPS) lưỡi thẳng 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 ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

## **57. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO VA (GÂY MÊ**)

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là biện pháp cầm máu bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình sau phẫu thuật nội soi nạo VA.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chảy máu sau phẫu thuật nội soi nạo VA.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**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‰).

**3. Người bệnh**

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.

- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.

**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.

Các xét nghiệm cần làm bổ xung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

- Kiểm tra chẩn đoán, điều trị, các thức phẫu thuật trước mổ, các xét nghiệm làm thêm.

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20o so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, người phụ đứng đối diện

***3.2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

***3.3. Kỹ thuật***

+ 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.

+ Hút sạch máu đọng và dịch trong mũi, dùng ống nội soi qua đường mũi quan sát hết vùng hốc mũi,vùng vòm và đặc biệt là diện cắt nạo VA xem có điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.

+ Tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút đông điện qua đường miệng.

+ Bơm rửa sạch hốc mổ và kiểm tra kỹ.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi mũi trước và kiểm tra họng theo dõi tình trạng chảy máu mũi sau trong 24h đầu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu lại.

## **58. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/ HỐ LƯỠI THANH THIỆT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy bỏ u nang vùng hố lưỡi thanh thiệt là phẫu thuật lấy bỏ khối u nang qua soi treo thanh quản trực tiếp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u nang nằm ở vùng hố lưỡi thanh thiệt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định đặc biệt.

- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).

- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.

- Đông điện.

- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

**3. Người bệnh**

- Được khám để xác định vị trí kích thước khối u nang.

- Được giải thích về phẫu thuật.

- Điều trị phối hợp ngăn ngừa phản xạ trào ngược dịch dạ dày (nếu có), để tránh dịch dạ dày gây nhiễm khuẩn vết mổ làm cho vết mổ lâu lành.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.

- Siêu âm tuyến giáp, chụp xạ hình tuyến giáp nếu nghi ngờ tuyến giáp lạc chỗ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản, trường hợp khối u nhỏ, đáy lưỡi không quá dày có thể gây tê tại chỗ. Nếu u to, có khó thở, cần chọc hút giảm thể tích trước khi gây mê.

**2. Tư thế người bệnh**

Người bệnh được đặt theo tư thế nằm, đầu ngửa, có kê gối dưới vai.

**3. Kỹ thuật**

- Dùng bộ soi thanh quản treo bộc lộ rõ hố lưỡi thanh thiệt.

- Dùng dụng cụ vi phẫu lấy bỏ khối u.

- Kiểm tra và cầm máu kỹ bằng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho kháng sinh 5 ngày.

- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn vết cắt.

- Chảy máu: nếu chỉ chảy máu các mạch nhỏ, cho các thuốc cầm máu, ngậm đá lạnh, nếu chảy nhiều phải mổ lại cầm máu.

**59. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN CẮT U NANG/ POLYP/ HẠT XƠ/U HẠT DÂY THANH (GÂY TÊ/GÂY MÊ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật vi phẫu dưới kính hiển vi lấy bỏ u nang/polyp/hạt xơ/u hạt dây thanh qua soi treo thanh quản trực tiếp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u nang/polyp/hạt xơ/u hạt tại dây thanh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định đặc biệt.

- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).

- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.

- Kính hiển vi phẫu thuật.

- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

**3. Người bệnh**

- Được khám để xác định vị trí kích thước tổn thương tại dây thanh.

- Được giải thích về phẫu thuật.

- Điều trị phối hợp ngăn ngừa phản xạ trào ngược dịch dạ dày (nếu có), để tránh dịch dạ dày gây nhiễm khuẩn vết mổ làm cho vết mổ lâu lành.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Người bệnh được đặt theo tư thế nằm, đầu ngửa, có kê gối dưới vai.

**3. Kỹ thuật**

- Bộc lộ hai dây thanh bằng bộ soi treo thanh quản.

- Quan sát và đánh giá tổn thương dưới kính hiển vi

- Cách thức phẫu thuật:

+ Rạch niêm mạc dây thanh cạnh khối u, tách niêm mạc.

+ Bóc tách khối u ra khỏi vị trí tổn thương, tránh làm tổn thương lớp dây chằng và cơ dây thanh. Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh học.

+ Phủ lại niêm mạc dây thanh.

+ Cầm máu bằng bông thấm adrenalin 0,1%.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho kháng sinh 5 đến 7 ngày.

- Khí dung họng thanh quản 7 – 10 ngày với Pulmicort kết hợp với Anphachymotripsin.

- Kiêng nói trong vòng 7 ngày.

- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sót tổn thương : Phẫu thuật lại.

- Chảy máu: Cầm máu bằng bông thấm adrenalin 0,1%.

- Dính mép trước dây thanh: thường là biến chứng xảy ra muộn, tách dính, bôi mỡ kháng sinh.

- Tổn thương cơ dây thanh

## **60. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U LÀNH TÍNH THANH QUẢN BẰNG LASER**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật lấy bỏ u lành tính dây thanh bằng dao laser qua hệ thống soi treo thanh quản trực tiếp có gắn optic nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u lành tính tại dây thanh( papiloma, u nang, polyp, hạt xơ…)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định đặc biệt.

- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).

- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo có gắn optic nội soi.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.

- Máy Laser phẫu thuật.

- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

**3. Người bệnh**

- Được khám để xác định vị trí kích thước tổn thương tại dây thanh.

- Được giải thích về phẫu thuật.

- Điều trị phối hợp ngăn ngừa phản xạ trào ngược dịch dạ dày (nếu có), để tránh dịch dạ dày gây nhiễm khuẩn vết mổ làm cho vết mổ lâu lành.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Người bệnh được đặt theo tư thế nằm, đầu ngửa, có kê gối dưới vai.

**3. Kỹ thuật**

- Bộc lộ hai dây thanh bằng bộ soi treo thanh quản có gắn optic

- Quan sát và đánh giá tổn thương trên màn hình nội soi

- Cách thức phẫu thuật:

+ Dùng pince vi phẫu bấm lấy 1 phần nhỏ khối u.Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh học.

+ Dùng lưỡi dao laser bắn bốc hơi khối u tại dây thanh, lưu ý tránh làm tổn thương lớp dây chằng và cơ dây thanh

+ Cầm máu bằng bông thấm adrenalin 0,1%.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho kháng sinh 5 đến 7 ngày.

- Khí dung họng thanh quản 7 – 10 ngày với Pulmicort kết hợp với Anphachymotripsin.

- Kiêng nói trong vòng 7 ngày.

- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sót tổn thương : Phẫu thuật lại.

- Chảy máu: Cầm máu bằng bông thấm adrenalin 0,1%.

- Dính mép trước dây thanh: thường là biến chứng xảy ra muộn, tách dính, bôi mỡ kháng sinh.

- Tổn thương cơ dây thanh

## **61. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN (GÂY TÊ/ GÂY MÊ)**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. 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.

- Mổ khi 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.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**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 mấu và không mấu) 01 kìm cặp kim và kim, chỉ, 01 ống hút, dây cao su, máy hút, canuyn khí quản.

**3. Người bệnh**

Được chuẩn bị chu đáo theo quy định.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng, CTsanner tùy bệnh lý.

**IV. 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.

**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.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa, dưới vai có độn 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.

**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.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 dãi 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.

**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 cắm 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.

## **62. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN THỂ KHÓ ( TRẺ SƠ SINH, SAU XẠ TRỊ, U VÙNG CỔ, K TUYẾN GIÁP…)**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. 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.

- Mổ khi 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.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**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 mấu và không mấu) 01 kìm cặp kim và kim, chỉ, 01 ống hút, dây cao su, máy hút, canuyn khí quản.

**3. Người bệnh**

Được chuẩn bị chu đáo theo quy định.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng, CTsanner tùy bệnh lý.

**IV. 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.

**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.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa, dưới vai có độn 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.

**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.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 dãi 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.

**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 cắm 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.

## **63. LẤY SỎI ỐNG TUYẾN WHARTON ĐƯỜNG MIỆNG**

## **64. CHÍCH ÁP XE SÀN MIỆNG**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe thành sau họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Nguồn sáng (đèn Clar...).

- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.

- Máy hút.

- Đè lưỡi khuỷu.

- Dao chích nhọn mũi.

**3. Người bệnh**

Được quấn chặt bằng khăn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**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).

**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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**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.

## **65. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy quanh amidan chưa hóa mủ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Đèn Clar, gương trán...

- Đè lưỡi khuỷu.

- Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.

- Dao chích nhọn mũi.

- Kìm Lube - Bacbông.

- Máy hút.

- Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**2. Tư thế**

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

**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 kìm 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**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 12 đơn vị đặt vào vết rạch.

**65. CẦM MÁU ĐƠN GIẢN SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDAL, NẠO VA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cấp cứu cầm máu tại hốc mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau khi làm phẫu thuật cầm máu ban đầu không được.

Chảy máu do vỡ mạch máu nhanh, nhiều.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Mức độ chảy máu ít, rỉ rả

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Thầy thuốc:**

Bác sĩ chuyên khoa TMH .

**2. Dụng cụ:**

Mở miệng.

Kocher dài không mấu, kẹp phẫu tích có mấu và không mấu.

Vén trụ

Kìm mang kim

Ông hút

Dao cầm máu đơn cực, lưỡng cực

Gạc, chỉ

**V. CÁC BƯỚC KĨ THUẬT**

**1. Vô cảm**

Tùy theo mức độ chảy máu, tính chất cấp cứu có thể tiền mê hoặc mê nội khí quản

**2. Các bước cầm máu**

Mở miệng, hút sạch máu dịch trong họng.

Tìm điểm chảy máu, tiên lượng mức độ.

Nếu nhẹ chèn gạc tẩm ô xy già,gạc tẩm Adrenalin.

Cầm máu trực tiếp bằng dao đông điện lưỡng cực hoặc đơn cực nếu chảy rò, mức độ ít.

**VI. THEO DÕI VÀ CẦM MÁU**

Theo dõi chảy máu

Theo dõi nhiễm trùng.

## **68. CẮT PHANH LƯỠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phanh lưỡi hay còn gọi là hãm lưỡi đi từ sàn miệng đến mặt dưới của lưỡi. Khi phanh lưỡi quá ngắn làm lưỡi bị kéo xuống gây hạn chế di động của lưỡi gây nói khó, nói ngọng thì phải phẫu thuật cắt phanh lưỡi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi phanh lưỡi quá ngắn ảnh hưởng tới vận động của lưỡi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng trợ giúp.

**2. Phương tiện**

- 01 kéo sim nhỏ.

- 02 kẹp phẫu tích cầm máu, không màu.

- Gạc nhỏ hoặc củ ấu.

- Đông điện (nếu có).

- Thuốc tê xịt (lidocain 10%).

**3. Người bệnh**

- Giải thích kỹ cho người bệnh hoặc bố mẹ (nếu người bệnh là trẻ nhỏ).

- Có đầy đủ xét nghiệm: máu chảy, máu đông, HIV..

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh ngồi, há miệng, lưỡi cong lên (nếu là bệnh nhi phải bó chặt trẻ trong một tấm vải trải giường to, mở miệng để trẻ không cắn hàm lại được).

- Gây mê đối với trẻ nhỏ.

- Kẹp hãm lưỡi sát mặt dưới của lưỡi bằng kẹp phẫu tích cầm máu không lưỡi, kéo nhẹ ra trước lên trên căng phanh lưỡi ra.

- Dùng kéo nhỏ cắt phanh lưỡi ngay dưới kẹp phẫu tích cầm máu, cắt từ trước ra sau đến sát chân lưỡi.

- Bỏ kẹp phẫu tích kẹp ra thông thường không có chảy máu. Nếu có chảy máu cầm máu bằng đông điện hoặc đặt thuốc co mạch tại chỗ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT**

- Chảy máu: hiếm gặp, cầm máu bằng đông điện hoặc thuốc co mạch đặt tại chỗ.

- Đề phòng nhiễm trùng: cho kháng sinh uống.

- Phòng nề sàn miệng: cho thuốc chống phù nề.

## **69. . LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong họng miệng

**III. 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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**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.

- Kìm Frankel hoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật họng miệng.

**3. Người bệnh**

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

**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 thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành họng miệng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

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

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

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

***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).

***3.3. Kỹ thuật***

*3.3.1. Soi gắp dị vật họng miệng 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.

*3.3.2. Soi gắp 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 họng miệng.

- Gắp dị vật bằng kìm gắp dị vật họng miệng.

**VI. THEO DÕI**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

**VII. 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.

## **70. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. 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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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.

**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.

- Kìm Frankel hoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật hạ họng.

**3. Người bệnh**

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

**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 thước 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).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

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

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

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

***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).

***3.3. Kỹ thuật***

*3.3.1. Soi gắp 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.

*3.3.2. Soi gắp 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 gắp dị vật hạ họng.

**VI. THEO DÕI**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

**VII. 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.

## **71. KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG ĐƠN GIẢN MIỆNG, HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương miệng, họng là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của miệng, họng. Vết thương được xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương miệng, họng gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng ảnh hướng tới chức năng ăn nhai do :

 - Do tai nạn giao thông.

- Do tai nạn lao động.

- Do tai nạn sinh hoạt…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương miệng, họng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai- Mũi- Họng

**2. Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nilon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

**3. Người bệnh**

- Khám Tai- Mũi- Họng toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

- Làm sạch

+ Rửa vết thương: rửa bằng nước muối sinh ly dưới áp lực. Trường hợp vết

thương bẩn dùng nước Ôxy già hoặc nước muối pha Betadin.

+ Lấy bỏ hết dị vật.

+ Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu,

cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa.

+ Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bẩn: bệnh nhân được gây mê, dùng

bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.

- Cắt lọc tiết kiệm

+ Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vạt da còn cuống.

+ Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử.

- Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau

+ Kẹp mạch.

+ Đốt điện.

+ Khâu cầm máu.

- Khâu phục hồi

+ Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo,

không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối.

+ Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xa

gần….

+ Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu

vết thương bẩn đóng thì hai.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, Băng vết thương

Cắt chỉ sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng miệng, họng: há ngậm miệng hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu miệng, họng tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: thay băng rửa vết thương hàng ngày

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân

Giảm phù, chống viêm, giảm đau

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe miệng, họng: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **72. ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt họng hạt là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở thành sau họng bằng nhiệt hoặc bằng đông lạnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng hạt mạn tính kéo dài gây kích thích, ho kéo dài hoặc loạn cảm họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm họng cấp tính.

- Viêm mũi xoang cấp tính.

- Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

- Trẻ dưới 15 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

- Dụng cụ:

+ Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.

+ Bộ đốt họng bằng điện.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế thầy thuốc và người bệnh: như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

- Gây tê niêm mạc họng.

- Đốt họng bằng hạt nhiệt. Để núm điện ở nấc 6 - 8 vôn là đủ (đầu đốt hơi có màu đỏ).

- Đè lưỡi nhẹ nhàng và đốt từng hạt một dần dần cho hết. Khi thấy ở hạt đốt tạo một lớp giả mạc trắng do cháy lớp niêm mạc phủ trên hạt viêm là được.

Tránh đốt sâu quá xuống lớp cơ sẽ tạo sẹo dày, xơ, cứng làm nuốt vướng sau này. Tránh để que đốt nhiệt chạm vào môi, lưỡi, màn hầu làm bỏng niêm mạc.

- Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

- Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

- Gây bỏng: miệng, họng

- Nhiễm khuẩn: xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

- Chảy máu: khi bong giả mạc (ít)

## **73. ÁP LẠNH HỌNG HẠT (BẰNG NITƠ, CO2 LỎNG)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt họng hạt là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở thành sau họng bằng nito lỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng hạt mạn tính kéo dài gây kích thích, ho kéo dài hoặc loạn cảm họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm họng cấp tính.

- Viêm mũi xoang cấp tính.

- Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

- Trẻ dưới 15 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

- Dụng cụ:

+ Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.

+ Bộ đốt họng bằng điện.

+ Hoặc bộ đốt lạnh chuyên dùng cho đốt họng.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế thầy thuốc và người bệnh: như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

- Gây tê niêm mạc họng.

- Đốt họng hạt bằng đông lạnh.

+ Chọn đầu áp cho phù hợp với đường kính của hạt.

+ Chỉ đốt bề mặt của hạt, không gây tổn thương sâu, không đốt quá nhiều hạt trong một lần điều trị.

- Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

- Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

- Gây bỏng: miệng, họng

- Nhiễm khuẩn: xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

- Chảy máu: khi bong giả mạc (ít).

## **74. ÁP LẠNH AMIDAN (BẰNG NITO, CO2 LỎNG)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Áp lạnh amydan là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở amydan bằng nito lỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm amydan mạn tính kéo dài , xơ teo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm họng cấp tính.

- Viêm mũi xoang cấp tính.

- Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

- Trẻ dưới 15 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

- Dụng cụ:

+ Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.

+ Bộ đốt lạnh chuyên dùng cho đốt họng.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế thầy thuốc và người bệnh: như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

- Gây tê niêm mạc họng.

- Đốt họng hạt bằng đông lạnh.

+ Chọn đầu áp cho phù hợp với đường kính của hạt.

+ Chỉ đốt bề mặt của hạt, không gây tổn thương sâu, không đốt quá nhiều hạt trong một lần điều trị.

- Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

- Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng, amydan làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

- Gây bỏng: miệng, họng

- Nhiễm khuẩn: xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

- Chảy máu: khi bong giả mạc (ít).

## **75. BƠM THUỐC THANH QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm thuốc thanh quản là kỹ thuật nhằm đưa thuốc vào vùng thanh môn: Băng thanh thất, dây thanh để điều trị tại chỗ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm thanh quản cấp hay mạn tính

Viêm phù nề thanh quản

Sau phẫu thuật, thủ thuật dây thanh …

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Bệnh nhân đang khó thở thanh quản độ 2, 3

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ:

Nguồn sáng: đèn Clar hoặc đèn nội soi

Khay quả đậu

Kẹp khuỷu

Tăm bông

Bơm tiêm 5ml, kim bơm thanh quản

2.2. Thuốc:

Thuốc kháng sinh, chống viêm, chống phù nề theo chỉ định của bác sĩ.

Thuốc giảm đau xịt hay bôi tại chỗ vùng họng

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Đặt thuốc tê vùng họng nếu bệnh nhân phản xạ nhiều.

Kĩ thuật:

Hướng dẫn bệnh nhân cầm lưỡi kéo ra ngoài, xuống dưới. Kêu đều tiếng chữ Ê hay I để vùng hạ họng mở rộng.

Đưa bơm tiêm có kim thanh quản vào vụng hạ họng, rỏ thuốc chậm vào vùng dự kiến. Trong khi rỏ thuốc bệnh nhân vẫn phải kêu đều tiếng để thuốc thấm dần từ mặt trên xuống dưới thanh môn.

Hướng dẫn bệnh nhân không nói, ăn uống sau bơm thuốc 15 – 30 phút

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Cho người bệnh ngồi nghỉ 5 phút.

Theo dõi ho, sặc gây co thắt vùng hạ họng - thanh quản.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Co thắt vùng hạ họng – thanh quản: nằm đầu thấp nghỉ ngơi, thở oxy nếu cần.

Theo dõi phản ứng dị ứng

## **76. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN**

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân suy hô hấp nặng.

- Bảo vệ đường thở ở bệnh nhân hôn mê hoặc liệt hô hấp.

- Hút rửa phế quản qua ống nội khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp bằng bóng Ambu hay thông khí nhân tạo

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Sai khớp hàm

- U vòm họng

- Vỡ xương hàm

- Phẫu thuật vùng hàm họng

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

- Một bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, gây mê hồi sức có kinh nghiệm làm nhiều lần thủ thuật này.

**2.     Phương tiện**

- Ống nội khí quản có bóng chèn ở người lớn

- Đèn soi thanh quản, nòng dẫn.

- Bóng Ambu

- Máy hút đờm

- Ống nghe, máy đo huyết áp

- Monitor theo dõi nhịp tim, SPO2, HA.

- Thuốc gây tê tại chỗ, thuốc gây mê, oxy.

**3.  Người bệnh**

-  Tư thế nằm ngửa, đầu cổ thân mình thẳng trục, gối kê dưới vai ưỡn cổ tối đa.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ: xịt xylocain 4% vào lưỡi, họng, thanh môn.

- Gây mê: dùng phối hợp hoặc riêng rẽ

+ Midazolam 0,3 mg/kg tiêm tĩnh mạch

+ Fentanyl 1-1,5 µg/kg tiêm tĩnh mạch

**2. Kĩ thuật**

- Thầy thuốc đội mũ, khẩu trang, mặc áo vô khuẩn, rửa tay đeo găng vô khuẩn.

- Tay trái cầm đèn soi thanh quản rồi đưa vào bên phải lưỡi và chuyển vào đường giữa.

- Đưa dần lưỡi đèn xuống dưới để tìm nắp thanh môn.

- Dùng lưỡi đèn đẩy nắp thanh môn lên trên để bọc lộ hai dây thanh âm.

- Tay phải cầm ống nội khí quản đẩy vào giữa hai dây thanh âm sao cho bóng chèn chui vào trong khí quản, hơi thở của bệnh nhân sẽ phụt qua đầu ống nội khí quản. Dùng bóng Ambu bóp bóng qua nội khí quản kiểm tra xem thông khí đã đều hai bên phổi chưa, bơm cuff cố định ống. Nếu đặt ống thất bại, nên xem lại tư thế bệnh nhân, mỗi lần đặt lại ống không kéo dài quá 20 giây.

**IV. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Kiểm tra vị trí ống nội khí quản bằng chụp X-quang phổi. Đầu ống phải ở giữa hai đầu trong xương đòn, khoảng 1/3 giữa khí quản.

- Điện tim

- Làm xét nghiệm khí máu động mạch.

**2. Xử lý**

- Ngừng tim đột ngột do co thắt thanh môn quá mạnh, do phản xạ: phải cấp cứu ngừng tuần hoàn ngay.

- Chảy máu do chấn thương họng, nắp thanh môn.

- Phù nề nắp thanh môn và hai dây thanh âm.

- Nhiễm khuẩn phổi sau 24 giờ: dùng kháng sinh.

## **77. THAY CANUYN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mở khí quản là tạo một đường thông khí tạm thời hoặc vĩnh viễn để đưa không khí vào thẳng khí quản mà không qua đường mũi họng.

Chăm sóc lỗ mở khí quản bao gồm hút đờm, thay băng, rửa lỗ mở khí quản, thay canuyn (hoặc vệ sinh canuyn) và khí dung chống bội nhiễm tại chỗ.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Thay băng, rửa lỗ mở khí quản, khí dung: điều dưỡng, kỹ thuật viên.

- Thay hoặc vệ sinh canuyn: bác sỹ.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ hút đờm.

- Bộ dụng cụ thay băng.

- Bộ dụng cụ thay canuyn mở khí quản.

- Máy và mặt nạ khí dung.

**3. Người bệnh:**được giải thích trước để yên tâm hợp tác.

**4. Hồ sơ bệnh án:**ghi đầy đủ chỉ định, ngày giờ làm thủ thuật.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**chỉ định thực hiện chăm sóc lỗ mở khí quản

**2. Người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Hút đờm: Hút sạch đờm ngay trước khi thay canuyn

- Tháo bỏ băng, gạc cũ.

- Sát trùng lỗ mở khí quản bằng cồn iod, sau đó sát trùng bằng cồn 70 độ

**Thay canuyn:**

Thực hiện kỹ thuật:

+ Rửa tay.

+ Sau khi cố định ống ngoài, mở khóa của ống trong, rồi rút nhẹ nòng trong của canuyn ra.

+ Ngâm nòng ống vào cốc nước oxy già vài phút để tan dịch đờm, máu, sau đó dùng bàn chải nhỏ chà cho sạch. Nếu là canuyn nhựa thì đem ngâm vào dung dịch dakin hoặc benzalkonium 1/750 trong ít nhất 2 giờ, sau đó tráng bằng nước cất. Nếu là canuyn bạc Krishaber có thể đem hấp, sấy khô hoặc đun sôi.

+ Lau canuyn bằng gạc, đặt ống lại,vặn khóa cố định nòng trong của canuyn.

+ Lấy ra gạc hình chữ Y băng ống thông lần trước.

+ Dùng que bông tẩm thuốc sát khuẩn, nhẹ tay lau sạch vết mở lỗ khí quản sau 30 giây, dùng que bông tẩm nước muối sinh lý lau lại vết mở lỗ khí quản.

+ Băng vải gạc hình chữ Y sạch cho ống thông.

+ Khi dây cột ống bị lỏng, bẩn, tháo ra buộc lại cho vừa hoặc đổi lại dây khác.

+ Các thao tác khác xin xem thêm bài thay canuyn mở khí quản.

**IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tụt canuyn: xem bài thay canuyn mở khí quản

- Nhiễm khuẩn khí phế quản phổi: lấy dịch phế quản làm kháng sinh đồ sau đó cho kháng sinh phổ rộng, điều chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ.

- Tắc đờm: đờm quánh do không khí khô và người bệnh bị mất nước. Xử trí: bồi phụ đủ nước cho người bệnh, làm ẩm không khí thở vào bằng cách làm ẩm miếng gạc phủ trên canuyn hoặc nếu người bệnh thở máy phải luôn kiểm tra lượng nước trong bình làm ẩm.

## **78. SƠ CỨU BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bỏng đường hô hấp là một thể bỏng đặc biệt có tỷ lệ tử vong cao. Bỏng đường hô hấp là tình trạng tổn thương niêm mạc đường hô hấp ở các mức độ khác nhau do nhiều tác nhân gây ra. Tác nhân bỏng gây tổn thương trực tiếp cơ quan hô hấp hoặc nạn nhân thở hít phải khói khí nóng và các sản phẩm hóa học hình thành từ các chất bị cháy. Cũng có trường hợp nạn nhân bị sặc bởi nước hoặc thức ăn nóng. Tỷ lệ gặp bỏng đường hô hấp do thở hít các khói khí trong số người bệnh từ 2,5-63% tùy thuộc vào hoàn cảnh và tác nhân gây bỏng.

- Kết quả điều trị bỏng đường hô hấp, đặc biệt bỏng đường hô hấp dưới khí quản còn rất hạn chế, tỷ lệ tử vong  rất cao tới 50%.

**II, CHỈ ĐỊNH**

- Hoàn cảnh, tác nhân: bỏng lửa, hơi nóng, trong phòng kín

- Bỏng vùng mặt.

- Lông mũi, lông mi, lông mày cháy.

- Nói khàn

- Khó thở: thở nhanh, thở rít, huy động cơ hô hấp phụ.

- Khạc đờm màu bồ hóng, có muội than

- Hốt hoảng, lo âu, rối loạn định hướng

- Rối loạn ý thức, hôn mê

- Hầu họng: phù nề xung huyết, có nốt phỏng, trợt loét

- Chỉ số  SPO2  < 90%

- Chỉ số PaO2  < 70%

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Tai- Mũi- Họng đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

- Dung dịch kháng sinh.

**3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Theo phác đồ hướng dẫn điều trị bỏng đường hô hấp của Shriner Burns Hospital - Galveston (Hoa Kỳ- 2005), cần tiến hành các bước sau đây:

Thở oxy ẩm duy trì SaO2 > 92%

Tập ho, thở sâu mỗi 2giờ/lần

Trở mình người bệnh 2 giờ /lần

Vật lý trị liệu ngực 4 giờ/lần

Khí dung 3ml N- acetyl cystein 20% 4 giờ /lần trong 7 ngày

Khí dung 5000 UI Heparin/3ml HTM 0,9% 4 giờ /lần x 7 ngày

Bơm rửa, vệ sinh mũi miệng, hầu họng

Vận động sớm

Cấy đờm 3 lần /tuần: 2 – 4- 6

Đo chức năng phổi khi điều trị, trước khi xuất viện và sau đó

**Chỉ định đặt nội khí quản trong bỏng hô hấp:**

Suy hô hấp cấp

Bỏng diện rộng và sâu vùng mặt cổ

Người bệnh có dấu hiệu cò cử

Có các dấu hiện bít tắc đường thở

Nội soi: thanh môn hẹp do phù nề

Rối loạn nặng huyết động

**VI. 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.

**VII. PHÒNG BỆNH**

Đảm bảo an toàn lao động,sinh hoạt

## **79. KHÍ DUNG MŨI HỌNG**

 **I . ĐẠI CƯƠNG**:

Khí dung là biện pháp đưa thuốc vào mũi họng dưới dạng các hạt có kích thước nhỏ đươc phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm.

 Có 2 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung 1 thuốc hay phối hợp nhiều thuốc: Khí dung thuốc kháng sinh, thuốc chống viêm corticoid, thuốc co mạch mũi hay khí dung nước muối . Khí dung để làm ẩm, ấm đường thở bằng nước muối sinh lý …

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

 Dị ứng với thành phần thuốc khí dung.

 Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuât viên đã được đào tạo.

**2. Phương tiện:**

 2.1. Khí dung bằng khí cao áp + Thuốc và dung môi + Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén. + Cột đo lưu lượng khí. + Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Người lớn, trẻ lớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm + Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy. + Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.

**3. Bệnh nhân:**

Bệnh nhân, trẻ lớn và bố mẹ được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên bệnh nhân, nhất là trẻ nhỏ an tâm và phối hợp, hợp tác

Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng : nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO2, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

**4. Hồ sơ bệnh án**: Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trước khí dung.

 **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án:** Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung. Kiểm tra người bệnh

**2. Thực hiện kỹ thuật:**

2.1. Khí dung bằng khí cao áp

 Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả từ 2 ml đến 5 ml.

Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

 Hướng dẫn bệnh nhân hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: người lớn, trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm

Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.

Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask

Cắm điện, bật máy, điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.

Úp mask kín mũi, miệng bệnh nhân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Quan sát bệnh nhân trong suốt quá trình khí dung, với trẻ nhỏ động viên hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.

- Thời gian mỗi lần khí dung ở bệnh nhân không nên quá 10 phút.

- Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do quá sợ hãi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

## **80.CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG GÂY TÊ/ GÂY MÊ**

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe thành sau họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Nguồn sáng (đèn Clar...).

- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.

- Máy hút.

- Đè lưỡi khuỷu.

- Dao chích nhọn mũi.

**3. Người bệnh**

Được quấn chặt bằng khăn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**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).

**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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**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.

## **81. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LỖ MỞ KHÍ QUẢN**

## **82. NỘI SOI HOẠT NGHIỆM THANH QUẢN**

## **83. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi hạ họng thanh quản ống cứng chẩn đoán là dùng ống cứng đưa vào đến hạ họng thanh quản để thăm khám, chẩn đoán thông qua nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý hạ họng thanh quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trong soi hạ họng thanh quản trực tiếp bằng ống cứng chống chỉ định khi:

- Lao cột sống cổ.

- Khít hàm.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống cứng.

- Máy hút, ống hút.

- Chêm miệng.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy

- Bộ chống sốc.

**3. Người bệnh**

**-** Được giải thích kỹ và ký cam đoan về thủ thuật.

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, sinh hóa máu,đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg,HCV

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng(nếu nghi ngờ dị vật)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Vô cảm

- Gây tê hạ họng bằng thuốc xịt Lidocain 2% và bơm xylocain vào thanh quản

2. Tư thế bệnh nhân

**-** Bệnh nhân ngồi ,tay cầm gạc kéo lưỡi hoặc nằm ngửa ,kê gối dưới vai

3. Kỹ thuật.

- Tiến hành nội soi bằng ống cứng.

**-** Tìm lưỡi gà

- Tìm thanh thiệt : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Vén thanh thiệt : Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn, miệng thực quản xác định bệnh lý vùng hạ họng.

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

 1. Theo dõi

- Trong khi soi: Mạch, nhịp thở, huyết áp, theo dõi màu sắc da và niêm mạc.

- Theo dõi sau khi soi: Khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**2 .Tai biến**

**2.1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: Dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: Phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: Thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: Cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

- Gãy răng cửa.

**2.2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: Xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: Đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## **84. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Soi hạ họng thanh quản trực tiếp ống mềm là dùng ống mềm đưa vào đến hạ họng thanh quản để thăm khám, chẩn đoán thông qua nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý hạ họng thanh quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

- Người bệnh từ chối soi.

 - Suy tim nặng.

- Lao phổi đang tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống mềm

- Máy hút, ống hút.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy

- Thuốc co mạch : coldi B,Metche mũi

- Bộ chống sốc.

**3. Người bệnh**

**-** Được giải thích kỹ.

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg,

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng(nếu nghi ngờ dị vật)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Vô cảm

- Đặt co mạch mũi bằng metche tẩm xylocain và coldi b 3-5 phút.

 - Gây tê vùng hạ họng thanh quản

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân ngồi ,bác sỹ đứng đối diện bệnh nhân.

3. Kỹ thuật

 - Rút metche

- Nội soi ống mềm qua sàn mũi-xuống vòm

 - Quan sát : Toàn bộ vùng vòm, vùng hố lưỡi thanh thiệt ,xoang lê 2 bên,băng thanh thất ,2 dây thanh(xem có tổn thương-sự di động 2 dây thanh)

 - Đánh giá xác định tổn thương : U ,viêm, hay di vật

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

 1. Theo dõi

- Trong khi soi: Mạch, nhịp thở, huyết áp, theo dõi màu sắc da và niêm mạc.

- Theo dõi sau khi soi: Khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**2. Tai biến**

**2.1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: Dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: Phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: Thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: Cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

**2.2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: Xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: Đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## **85. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ/GÂY MÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi hạ họng ông cứng lấy dị vật là dùng ống cứng đưa dụng cụ vào đến hạ họng để thăm khám xác định và lấy dị vật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật vùng hạ họng thanh quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Lao cột sống cổ.

- Khít hàm.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi hạ họng thanh quản với ống cứng.

- Máy hút, ống hút.

- Que ngoáy họng.

- Bình phun gây tê tại chỗ,thuốc gây mê.

- Bơm tiêm thanh quản.

- Kìm gắp dị vật, kìm sinh thiết.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy .

-Bộ chống sốc,

**3. Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg, chụp phổi.

-Được giải thích kỹ về tình trạng bệnh và những nguy cơ có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

 - Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Vô cảm

- Gây tê hạ họng thanh quản bằng lidocain 2% và Xylocain hoặc gây mê toàn thân.

 2. Tư thế bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm ngửa,kê gối dưới vai, cổ ngửa tối đa

 3. Kỹ thuật

**-** Tìm lưỡi gà

- Tìm thanh thiệt : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Trong quá trình soi nếu có dị vật thì dùng pince gắp.

- Kiểm tra đường ăn nếu có tổn thương niêm mạc thực quản thì đặt sonde dạ dày.

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**

- Trong khi soi: Mạch, nhịp thở, huyết áp, theo dõi màu sắc da và niêm mạc.

- Theo dõi sau khi soi: Khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp

2. Tai biến

**2.1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: Dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: Phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: Thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: Cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

- Gãy răng cửa.

**2.2 . Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: Xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: Đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

-Kháng sinh, chống viêm, giảm đau.

## **86. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi hạ họng ông mềm lấy dị vật là dùng mềm đưa dụng cụ vào đến hạ họng để thăm khám xác định và lấy dị vật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật vùng hạ họng thanh quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khi dị vật có kích thước lớn mắc lại ở thực quản,nguy cơ rách thực quản.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi hạ họng thanh quản với ống mềm.

- Máy hút, ống hút.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Bơm tiêm thanh quản.

- Kìm gắp dị vật.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy .

- Bộ chống sốc.

**3. Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV,HBsAg, chụp phổi.

-Được giải thích kỹ về tình trạng bệnh và những nguy cơ có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

 - Gây tê hạ họng thanh quản bằng lidocain 2% và Xylocain

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân nằm ngửa,kê gối dưới vai

- Cho người bệnh ngậm canuyn miệng.

**3. Kỹ thuật**

**-** Tìm lưỡi gà

- Tìm thanh thiệt : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Trong quá trình soi nếu có dị vật thì dùng pince gắp.

-Kiểm tra đường ăn nếu có tổn thương niêm mạc thực quản thì đặt sonde dạ dày

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**

- Trong khi soi: mạch, nhịp thở, huyết áp, theo dõi màu sắc da và niêm mạc.

- Theo dõi sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp

**2. Tai biến**

 **2.1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: Dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: Phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: Thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: Cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

- Gãy răng cửa.

**2.2 . Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: Xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: Đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

-Kháng sinh,chống viêm,giảm đau.

## **87. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ/GÂY MÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Soi thực quản ống cứng là phương pháp khám bằng ống soi cứng đưa vào thực quản để chẩn đoán các bệnh lý vùng thực quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nghi ngờ có bệnh thực quản.

- Dị vật thực quản.

**III. 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 (ddị vật).

- Cao huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim.

- Phồng quai động mạch chủ.

- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.

- Khít hàm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ ống soi thực quản cứng hoặc mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).

- Máy hút, ống hút.

- Kẹp sinh thiết hoặc gắp dị vật( Nếu cần)

- Ô xy

- Thuốc gây mê,tê

-Bộ dụng cụ chống sốc

**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. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thủ thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp XQ,CT-scanner nếu cần để xác định bệnh lý: U,viêm ,dị vật

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm**

- Gây tê niêm mạc vùng hạ họng thanh quản hoăc gây mê toàn thân

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân nằm ngửa,kê gối dưới vai,cổ ngửa tối đa.

**3. Kỹ thuật**

- Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thật đi sau 2 sụn phễu.

- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cổ tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.

- Soi thực quản ngực tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương lấy dị vật hoặc bấm sinh thiết U nếu cần

- Vượt qua eo cơ hoành.

- Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

- Đặt sonde dạ dày nếu cần.

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. 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.

**2. Tai biến**

**2.1. 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 bệnhthở oxy; khi còn có co thắt thực sự tiêm ngay thuốc dãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.

- Khó thở ở trẻ gây chèn ép: ngừng soi, cho gây mê dãn 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.

**2.2. 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.

**88. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ/ GÂY MÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi thực quản là phương pháp khám bằng ống soi mềm đưa vào thực quản để chẩn đoán các bệnh thực quản

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nghi ngờ có bệnh thực quản.

- Dị vật thực quản.

**III. 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.

- Phồng quai động mạch chủ.

- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.

- Khít hàm.

Đối với ống soi mềm vẫn có chỉ định soi rộng rãi, trừ: nhiễm trùng lan rộng (áp xe quanh thực quản).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ ống soi thực quản cứng hoặc mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).

- Máy hút, ống hút.

- Kẹp sinh thiết hoặc gắp dị vật.

- Ô xy.

**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. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. 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 phễu.

- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cổ 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.

**VI. 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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**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 dãn 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 dãn 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.

**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.

## **89. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY MÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi thực quản ống mềm lấy dị vật là phương pháp khám bằng ống soi mềm đưa vào thực quản để lấy dị vật

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật thực quản.

**III. 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 (ddị vật).

- Cao huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim

- Phồng quai động mạch chủ.

- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.

- Khít hàm.

Đối với ống soi mềm vẫn có chỉ định soi rộng rãi, trừ: nhiễm trùng lan rộng (áp xequanh thực quản).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ ống soi thực quản ống mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).

- Máy hút, ống hút.

- Kẹp sinh thiết hoặc gắp dị vật.

- Ô xy.

-Thuốc gây mê, gây tê

-Bộ chống sốc

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân.

- Làm xét nghiệm cơ bản, chụp thực quản cản quang hoặc cổ nghiêng.

- Nhịn ăn, uống trước soi 2 giờ.

- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan làm kỹ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thủ thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp XQ,CT-scanner nếu cần để xác định vị trí tính chất dị vật

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm**

- Gây mê

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân nằm ngửa,kê gối dưới vai,cổ ngửa tối đa.

**3. Kỹ thuật**

- Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thật đi sau 2 sụn phễu.

- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cổ tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.

- Soi thực quản ngực tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương lấy dị vật

- Vượt qua eo cơ hoành.

- Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

- Đặt sonde dạ dày nếu cần.

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. 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.

**2. Tai biến**

**2.1. 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 dãn 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 dãn 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 thởoxy 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.

**2.2. 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.

## **90. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT U GÂY TÊ/GÂY MÊ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi thực quản ống mềm sinh thiêt u là phương pháp khám bằng ống soi mềm đưa vào thực quản để thăm khám xác định và sinh thiết u để làm giải phẫu bệnh..

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khối u bất thường vùng thực quản.

**III. 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.

- Phồng quai động mạch chủ.

- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.

- Khít hàm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ ống soi thực quản ống mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).

- Máy hút, ống hút.

- Kìm sinh thiết

- Ô xy

- Thuốc gây mê,tê

- Bộ dụng cụ chống sốc

**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. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng mẫu ( nếu điều trị nội trú,cần gây mê).

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thủ thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB,test HIV,HCV,HBsAg

- Chụp CT-scanner nếu cần để xác định bệnh lý u vùng thực quản/

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Gây tê niêm mạc vùng hạ họng thanh quản hoăc gây mê toàn thân

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân nằm ngửa,kê gối dưới vai,cổ ngửa tối đa.

**3. Kỹ thuật**

- Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thật đi sau 2 sụn phễu.

- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cổ đánh giá tổn thương.

- Soi thực quản ngực tìm đánh giá tổn thương bấm sinh thiết U nếu cần

- Vượt qua eo cơ hoành.

- Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

-Đặt sonde dạ dày nếu cần

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. 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.

**2. Tai biến**

**2.1. 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 bệnhthở oxy; khi còn có co thắt thực sự tiêm ngay thuốc dãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.

- Khó thở do ở trẻ gây chèn ép: ngừng soi, cho gây mê dãn 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.

**2.2. 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.

## **91. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ**

 **I. ĐẠI CƯƠNG**

 Soi thanh quản ống cứng là đưa ống soi cứng vào thanh quản để thăm khám chẩn đoán.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý hạ họng thanh quản

- Soi hạ họng thanh quản trực tiếp để dẫn đường cho soi thanh khí quản trẻ em.

 **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Lao cột sống cổ.

- Khít hàm.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

 **IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống cứng.

- Máy hút, ống hút.

- Chêm miệng.

- Que ngoáy họng.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Bơm tiêm thanh quản.

- Kìm gắp dị vật, kìm sinh thiết.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy .

**3. Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg, chụp phổi.

- Tối hôm trước soi cho an thần.

- Sáng hôm soi cho người bệnh nhịn ăn uống.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng.

- Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy máu đông, đường máu, urê máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, phim XQuang tim phổi, trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Phương pháp vô cảm**

- Gây tê tại chỗ .

**2.Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân nằm ngửa kê gối dưới vai

**3.Kĩ thuật**

**-** Tìm lưỡi gà

- Tìm thanh thiệt : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Vén thanh thiệt : Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn, miệng thực quản

**VI. THEO DÕI**

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.

- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

- Gãy răng cửa.

**2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## **92. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi thanh khí phế quản ống mềm là đưa ống soi mềm vào thanh quản để thăm khám chẩn đoán.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý về hạ họng thanh quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U vùng vòm mũi họng.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

 **IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**1.Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống mềm.

- Máy hút, ống hút.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy ; Naphazolin 1%, 0,05%

**2.Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg, chụp phổi.

- Tối hôm trước soi cho an thần.

- Sáng hôm soi cho người bệnh nhịn ăn uống.

**3.Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng.

- Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy máu đông, đường máu, urê máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, phim XQuang tim phổi, trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Phương pháp vô cảm**

- Gây tê tại chỗ .

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân tư thế ngồi, mặt nhìn thẳng.

**3. Kĩ thuật**

**-** Đặt co mạch mũi

- Đưa đầu ống soi mềm qua đường mũi qua cửa mũi sau xuống vùng hạ họng : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn, miệng thực quản

**VI. THEO DÕI**

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.

- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

**2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## **93. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ/ GÂY MÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Là thủ thuật đưa ống soi cứng vào thanh quản để lấy dị vật.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật vùng hạ họng thanh quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Lao cột sống cổ.

- Khít hàm.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

 **IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2.Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống cứng.

- Máy hút, ống hút.

- Chêm miệng.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Bơm tiêm thanh quản.

- Kìm gắp dị vật, kìm sinh thiết.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy .

**3.Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg, chụp phổi.

- Tối hôm trước soi cho an thần.

- Sáng hôm soi cho người bệnh nhịn ăn uống.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng.

- Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy máu đông, đường máu, urê máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, phim XQuang tim phổi, trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.Phương pháp vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc mê toàn thân.

2.Tư thế bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm ngửa kê gối dưới vai

3.Kĩ thuật

**-** Tìm lưỡi gà

- Tìm thanh thiệt : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Vén thanh thiệt : Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn, miệng thực quản

- Dùng kìm cặp gắp lấy dị vật nếu thấy dị vật ở các vị trí trên.

**VI. THEO DÕI**

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.

- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

- Gãy răng cửa.

**2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## **94. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT GÂY TÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phương pháp đưa ống soi mềm vào vùng hạ họng thanh quản để lấy dị vật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật vùng hạ họng thanh quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U vùng vòm mũi họng.

- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm soi ống mềm, người phụ được đào tạo sử dùng kìm sinh thiết ống mềm.

**2. Phương tiện**

- Hệ thống soi thanh quản với ống mềm có kênh sinh thiết.

- Máy hút, ống hút.

- Bình phun gây tê tại chỗ.

- Thuốc: xylocain 4-6%; oxy ; Naphazolin 1%, 0,05%

**3. Người bệnh**

- Khám nội khoa toàn diện.

- Làm các xét nghiệm cơ bản gồm công thức máu, đông máu toàn bộ, HIV, HBsAg, chụp phổi.

- Tối hôm trước soi cho an thần.

- Sáng hôm soi cho người bệnh nhịn ăn uống.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng.

- Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy máu đông, đường máu, urê máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, phim XQuang tim phổi, trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Phương pháp vô cảm**

- Gây tê tại chỗ .

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Bệnh nhân tư thế ngồi, mặt nhìn thẳng.

**3. Kĩ thuật**

**-** Đặt co mạch mũi

- Đưa đầu ống soi mềm qua đường mũi qua cửa mũi sau xuống vùng hạ họng : quan sát đáy lưỡi, hạ họng, xoang lê 2 bên

- Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn, miệng thực quản

- Quan sát xem dị vật ở vị trí nào thì người phụ dùng pince phối hợp với người soi gắp lấy dị vật ra ngoài.

**VI. THEO DÕI**

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.

- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong khi soi**

- Co thắt thanh quản: dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Ngừng tim đột ngột: phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Khó thở thanh quản: thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mở khí quản.

- Phù nề thanh thiệt.

- Chảy máu: cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

**2. Sau khi soi**

- Khó thở thanh quản: xử trí cho thở ô xy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

- Sốt cao xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

# D. ĐẦU CỔ

## **95. KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÙNG ĐẦU MẶT CỔ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng đầu, mặt, cổ do chấn thương với một hoặc

các biểu hiện như bầm tím, đụng giập, rách, chảy máu, thiếu hổng mô.…

**II. NGUYÊN NHÂN**

- Do tai nạn giao thông.

- Do tai nạn lao động.

- Do tai nạn sinh hoạt…

**III. CHẨN ĐOÁ N**

**1. Chẩn đoán xác định**

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng , một số trường hợp có thể kết hợp cận

lâm sàng.

1. Vết thương rách da vùng đầu, mặt, cổ

- Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở.

Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật.

- Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh,

mạch máu, tuyến nước bọt….

- Có thể có rách niêm mạc.

- Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ

khác nhau.

2. Vết thương xuyên

- Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc

thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang

hàm…

- Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan

kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và

chảy máu qua ngách mũi…

- Có thể có dị vật ở vùng vết thương.

- Cận lâm sàng: X quang: nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh

mờ xoang hàm…

3. Vết thương mất mô

- Mất da: với kích thƣớc khác nhau tùy theo loại tổn thƣơng.

- Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hổng mô.

- Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với

các mức độ khác nhau.

- Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng

nếu có tổn thương thần kinh.

- Rò nước bọt: nếu có tổn thương tuyến nước bọt hoặc ống tuyến.

- Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật.

- Có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

4. Vết thương tuyến nước bọt

- Rách da vùng tuyến nước bọt.

- Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy nước bọt qua

vùng tổn thương.

- Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu

chảy nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến.

**2. Chẩn đoán phân biệt**

Các tổn thương mô mềm vùng đầu, mặt, cổ luôn có các triệu chứng rõ rệt vì vậy

không cần chẩn đóan phân biệt.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Nguyên tắc**

- Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.

- Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.

- Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.

- Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dƣới da.

- Cầm máu kỹ.

- Khâu phục hồi

+ Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc.

+ Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng.

+ Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch.

**2. Điều trị cụ thể**

2.1. Vết thương rách da vùng đầu, mặt, cổ

- Làm sạch

+ Rửa vết thương: rửa bằng nước muối sinh ly dưới áp lực. Trường hợp vết

thương bẩn dùng nước Ôxy già hoặc nước muối pha Betadin.

+ Lấy bỏ hết dị vật.

+ Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu,

cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa.

+ Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bẩn: bệnh nhân đƣợc gây mê, dùng

bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.

- Cắt lọc tiết kiệm

+ Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vạt da còn cuống.

+ Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử.

- Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau

+ Kẹp mạch.

+ Đốt điện.

+ Khâu cầm máu.

- Khâu phục hồi

+ Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo,

không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối.

+ Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xa

gần….

+ Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu

vết thương bẩn đóng thì hai.

2.2. Vết thương xuyên

- Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị

kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.

- Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu,

đóng vết thương.

2.3. Vết thương mất mô

- Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.

- Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hổng mô..

2.4 Vết thương tuyến nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

- Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.

- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.

**V. TIÊN LƯỢ NG VÀ BIẾN CHỨNG**

**1. Tiên lượng**

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.

- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng,

làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

**2. Biến chứng**

- Nhiễm trùng vết thương.

- Rò nước bọt.

- Sẹo xấu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ …

## **96. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ sau phẫu thuật đúng thời điểm giúp cho da liền tốt,sẹo liền đẹp hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết khâu da đã liền tốt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai-Mũi- Họng

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

.-  Sát khuẩn vùng vết khâu da 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 da bằng dung dịch betadin 5%.

**VI. 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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân

## **97. THAY BĂNG VẾT MỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thay băng vết mổ là công việc làm sạch vết mổ để ngăn ngừa nhiễm khuẩn cho người bệnh.

**II . CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh sau phẫu thuật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định thay băng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ:

- Chuẩn bị xe thay băng theo quy định.

- Bàn thay băng.

Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**3. Người bệnh**

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn thay băng.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn tay nhanh

- Mở gói dụng cụ vô khuẩn, sắp xếp dụng cụ tiện sử dụng, rót dung dịch rửa và dung dịch sát khuẩn phù hợp vào bát kền

- Để BN nằm hoặc ngồi thoải mái tùy theo vị trí vết mổ, lộc lộ vết mổ, trải tấm nilon dưới vết mổ, đặt khay quả đậu ở vị trí thuận tiện

- Nhẹ nhàng tháo băng cũ, quan sát nhận định vết mổ

- Sát khuẩn tay nhanh, mang băng vô khuẩn

- Dùng 2 kẹp vô khuẩn: tay không thuận dùng phẫu tích có mấu gắp gạc củ ấu nhúng vào dung dịch sát khuẩn, chuyển gạc sang phẫu tích không mấu bên tay thuận để rửa vết mổ

- Thấm khô bằng gạc vô khuẩn, sát khuẩn vết mổ bằng betadin 10 %

- Đặt gạc vô trùng và băng lại (băng che, kín, hoặc băng ép tùy theo y lệnh của bác sĩ).

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi vết mổ có kích thích, đau nhức hay không? quan sát dịch thấm băng và toàn trạng người bệnh. Nếu thấy bất thường cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-  Không có tai biến

## **98. CHÍCH ÁP XE NHỎ VÙNG ĐẦU CỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ổ áp xe là ổ viêm khu trú và kèm theo các dấu hiệu kinh điển của nhiễm

trùng (sưng, nóng, đỏ, đau)

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe đã thành mủ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

Bơm tiêm 5ml

Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 2% hoặc thuốc tê xịt bề mặt

Bộ dụng cụ để chích áp xe Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

Bàn khám hoặc bàn mổ

**2. Người bệnh**

Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan thủ thuật.

Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

Người bệnh bộc lộ tổn thương

Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

**3. Hồ sơ bệnh án**: bệnh án phẫu thuật phiên, đủ các xét nghiệm cần thiết

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1 Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài

Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật

- Thì 2 Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất,gây tê tại chỗ.

- Thì 3 Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm khối áp xe

Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ

**VI. THEO DÕI**

Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong

5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề Theo dõi chảy máu tại vết rạch

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. QĐ.3978QĐ/BYT 18/10/2012 về việc ban hành qui trình kỹ thuật KCB chuyên ngành TMH.

2. Phác đồ điều trị BV Tai-Mũi-Họng trung ương.

3. SGK bệnh học tai mũi họng trường đại học y Hà Nội