|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ --------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----------------** |
| Số: 3978/QĐ-BYT | *Hà Nội, ngày 18 tháng 10 năm 2012* |

**QUYẾT ĐỊNH**

VỀ VIỆC BAN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 và Nghị định số 22/2010/NĐ-CP ngày 09/3/2010 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;*

*Căn cứ Biên bản họp ngày 17/4/2012 của Hội đồng nghiệm thu Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng của Bộ Y tế;*

*Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này 115 Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng.

**Điều 2.** Các Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng này áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện thực hiện theo quy định hiện hành.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và ban hành.

**Điều 4.** Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Chánh thanh tra Bộ; các Vụ trưởng Cục trưởng các Vụ, Cục của Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - Như Điều 4; - Bộ trưởng (để báo cáo); - Lưu: VT, KCB. | **KT. BỘ TRƯỞNG THỨ TRƯỞNG    Nguyễn Thị Xuyên** |

# Chương I: LĨNH VỰC TAI

## BƠM HƠI VÒI NHĨ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ (vòi Eustachi).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ

Bộ bơm hơi vòi nhĩ:

+ Một quả bóng cao su Politzer nối với một ống cao su có một đầu khít lỗ mũi.

+ Một ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50 cm hai đầu có núm nhựa.

+ Que tăm bông cong, bông.

- Thuốc: thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Có hai cách

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

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

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

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

- Cần làm vài lần để duy trì.

**2. Dùng ống thông Itard**

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

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

- Bơm hơi và kiểm tra.

- Rút ống Itard theo chiều ngược lại.

Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: cầm máu.

- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ.

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

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

## 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.

# Chương II: LĨNH VỰC CẤP CỨU

## LẤY DỊ VẬT MŨI

**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.

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## LẤY DỊ VẬT TAI

**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).

**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.

## SOI THỰC QUẢN LẤY DỊ VẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi thực quản là phương pháp khám bằng ống soi cứng hoặc mềm đưa vào thực quản để chẩn đoán các bệnh thực quản và làm các thủ thuật lấy dị vật, nong thực quản, sinh thiết.v.v

**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.

## 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.

## CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

**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.

## NẮN CHỈNH HÌNH THÁP 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.

## PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

**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.

**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.

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

**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.

***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.

## PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG TRÁN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chấn thương xoang trán gồm 2 loại:

+ Chấn thương kín.

+ Chấn thương hở.

- Chấn thương xoang trán có thể kèm theo tổn thương não, màng não và trong một số trường hợp cần phối hợp với phẫu thuật thần kinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vỡ xoang trán hở

- Vỡ nát hoặc lún thành trước xoang trán.

- Vỡ lún thành sau của xoang trán.

- Vỡ xoang trán có chảy nước não tủy.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Những trường hợp vỡ xoang trán kèm theo rách màng não, tổn thương nhu mô não hoặc nghi ngờ có tụ máu trong sọ không nằm trong chỉ định phẫu thuật này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm phẫu thuật xoang.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ phẫu thuật xoang trán qua đường ngoài.

- Khoan điện và mũi khoan các cỡ.

- Chỉ thép không gỉ, nẹp vít kết hợp xương.

- Thuốc: kháng sinh liều cao, loại ngấm qua màng não đường tiêm hoặc truyền tĩnh mạch để ngăn ngừa tai biến tại não và màng não.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình được giải thích những tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật như chảy máu, rách màng não, tụ máu trong sọ, viêm màng não.

- Người bệnh được cạo sạch lông mày bên xoang trán mổ hoặc cạo sạch tóc thành một vệt rộng 3 cm song song với đường chân tóc trước (nếu vỡ xoang trán cả hai bên).

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Nêu rõ các triệu chứng cơ năng và thực thể xuất hiện sau chấn thương, đặc biệt cần khai thác kỹ khoảng tỉnh, hội chứng màng não, chảy máu mũi, chảy dịch não tủy sau chấn thương.

- Hình ảnh điện quang cần có:

+ Phim sọ nghiêng, Blondeau, Hirtz.

+ Tốt nhất là có phim CT scan lát cắt đứng ngang và lát cắt ngang (coronal và axial) qua xoang trán.

- Xét nghiệm cơ bản về máu và nước tiểu kèm theo, xét nghiệm dịch mũi (albumin, đường) nếu nghi ngờ chảy dịch não tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê toàn thân.

**2. Kỹ thuật**

***- Đường rạch phần mềm:*** nếu chấn thương hở thì sử dụng đường qua vết thương có thể mở rộng. Với chấn thương kín có thể sử dụng hai đường rạch da khác nhau tuỳ theo thương tổn xoang trán khu trú hay lan rộng cả hai bên xoang trán:

+ Đường rạch da kinh điển: như trong phẫu thuật xoang trán qua đường ngoài (từ rễ mũi đến giữa cung mày).

+ Đường rạch Unterberger: đường liên thái dương (từ phần trước trên vành tai này sang tai kia đi qua vòm đỉnh trán, sau đường chân tóc trước 3 cm).

***- Lóc màng xương:*** bộc lộ khớp mũi trán và mặt trước xoang.

***- Khoan xương:*** thì này tuỳ thuộc kiểu vỡ xoang trán.

*\* Gẫy lún thành trước xoang trán:*

+ Lấy những mảnh xương ở mặt trước xoang trán và ngâm bảo quản trong nước muối sinh lý.

+ Có thể khoan mở rộng xoang trán nếu cửa mở vào xoang trán quá hẹp. Khoan theo một hình thang được đánh dấu dựa trên hình dạng xoang trán trên phim (mảnh xương cũng được bảo quản trong nước muối sinh lý).

+ Rửa sạch lòng xoang trán: hút sạch những mảnh vụn xương, khối máu tụ.

+ Đặt ống dẫn lưu mũi trán.

+ Nếu có kết hợp vỡ xương sàng thì đường dẫn lưu mũi trán có thể được bổ sung bằng phẫu thuật nạo sàng qua đường mũi.

+ Đặt lại mảnh xương vào mặt trước xoang trán, khâu kết hợp xương bằng chỉ thép hoặc nẹp vít.

*\* Vỡ vụn thành trước xoang trán:* lấy mảnh xương vụn bỏ đi, trong trường hợp không thể thực hiện kết hợp xương ta có thể áp dụng kỹ thuật loại trừ xoang trán:

+ Các thì phẫu thuật phần mềm như trên.

+ Mở vào xoang trán.

+ Rửa sạch xoang và lấy hết niêm mạc xoang

+ Bít lấp ống mũi trán bằng xương xốp (lấy từ xương chậu).

+ Có thể lấp thêm cân cơ hoặc tổ chức mỡ vào xoang với những xoang lớn. Phương pháp xóa xoang trán thường do Ngoại Thần kinh thực hiện sẽ có khả năng biến chứng u nhầy do không lấy hết niêm mạc và không dẫn lưu được xoang trán. Do đó, nên hạn chế phương pháp này.

*\* Vỡ thành sau xoang trán:* nếu có rách màng não chảy nước não tủy: khâu màng não, có thể lấy hết màng não trong xoang trán, ngách mũi trán, sau đó bít lấp xoang trán bằng cân cơ và mỡ tự thân.

***- Khâu màng xương, khâu cân cơ và da*** (nên khâu da bằng đường thẩm mỹ).

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Tránh làm tổn thương thành sau xoang trán khi mở rộng ống thông mũi trán.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu mũi hoặc dịch não tủy.

- Theo dõi các triệu chứng màng não.

- Theo dõi và rửa ống thông mũi trán.

- Thời gian rút ống mũi trán sau khoảng 2 - 3 tháng.

# Chương III: LĨNH VỰC MŨI XOANG

## 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**

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

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

- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê để buồm hàm 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.

## 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 đầu tày 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**

Theo quy định chung.

**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.

## ĐỐT CUỐN MŨI BẰNG ĐÔNG ĐIỆN

**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 niêm mạc (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**

Theo quy định chung.

**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.

## PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG SÓNG CAO TẦN (COBLATOR)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cuốn mũi là các mảnh xương xoắn, mỏng, chúc xuống và nhô ra từ 2 vách mũi. Cuốn mũi được niêm mạc bao bọc làm tăng diện tích bề mặt của mũi lên, do đó giúp cho không khí trước khi vào phổi được sưởi ấm và được làm ẩm nhiều hơn. Phẫu thuật cuốn mũi dưới khi cuốn mũi dưới bị viêm nhiễm lâu ngày to lên gây nghẹt mũi bằng sóng điện cao tần.

**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**

- 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**

- Bộ dụng cụ và thiết bị của máy Coblator II.

- 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: lidocain 6% hoặc 10%.

**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. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

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

- Máy Coblator và dụng cụ phẫu thuật đặt ở bên trái người bệnh. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, monitor đối diện với phẫu thuật viên.

***3.2. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

***- Thì 1:*** đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.

***- Thì 2:***

+ Dùng optic nội soi 0o kiểm tra toàn bộ hốc mũi và cuốn dưới 2 bên.

+ Đánh giá tình trạng niêm mạc hốc mũi, cuốn mũi, khe mũi, vách ngăn, vòm.

+ Đốt điện cao tần cuốn mũi dưới dưới niêm mạc bằng đầu dò chuyên dụng của máy Coblator II. Dùng đầu điện cực tạo 2 đường vào ở đầu cuốn dưới (ở trên và ở dưới). Mỗi vạch khấc trên đầu điện cực được đốt khoảng 10s (thường thì đầu đốt có 6 vạch khấc). Trước khi đưa đầu điện cực dọc theo thân cuốn dưới, với mỗi vạch khấc nên dừng lại để bôi thêm chất dẫn điện. Lặp lại thủ thuật tương tự ở mũi bên cạnh.

+ Kiểm tra lại hốc mũi 2 bên.

+ Đặt merocel (bấc) 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 (bấc) 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.

- Choáng ngất.

- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

Thầy thuốc Tai Mũi Họng và Gây mê tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp bằng phương pháp hiệu quả nhất.

## 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.

## 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.

## PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwel-Luc) nằm trong hệ thống phẫu thuật tiệt căn xoang.

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm xoang hàm mạn đã điều trị nội khoa (cả thủ thuật rửa xoang) không kết quả.

- Viêm xoang hàm mạn thoái hóa niêm mạc thành polyp (qua khám hốc mũi) làm tắc lỗ dẫn lưu mũi xoang tự nhiên, polyp trong xoang to.

- Viêm xoang và viêm phế quản, viêm xoang do răng có dò.

- U lành và ác trong xoang hàm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ nhỏ (chưa thay răng sữa).

- U ác đã xâm lấn ra ngoài thành xoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ xoang, máy hút.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có phim Blondeau.

- Thuốc trước mổ: cầm máu, giảm đau (nếu thực hiện gây tê).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwel-Luc):

***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.

***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 XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Tình trạng chảy máu.

- Tháo bấc sau 24-48 giờ.

- Làm thuốc mũi đảm bảo dẫn lưu, thông thoáng.

- Rửa xoang ngày 5-7 lần, ít nhất 1 lần.

- Thời gian nằm viện từ 7-12 ngày.

- Thuốc sau mổ gồm kháng sinh, cầm máu, corticoid, vitamin.

**2. Xử trí**

- Vỡ thành xương ngăn ở mắt, rách bao nhãn cầu, tụt mở nhãn cầu xuống xoang:

+ Nhét bấc chèn gelaspon để cố định.

+ Cho kháng sinh chống biến chứng viêm ở mắt.

+ Nếu có nhìn đôi, giảm thị lực: phối hợp nhãn khoa.

- Đục, khoan vào chân răng (quá dài, bất thường): sau hậu phẫu gửi khám răng hàm mặt, nếu gãy chân răng hở tủy phải lấy tủy, hàn.

- Chảy máu nhiều:

+ Xác định chảy máu niêm mạc, xương, động mạch.

+ Nếu cầm máu không hiệu quả thì thực hiện thắt động mạch hàm trong, động mạch cảnh ngoài.

## 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.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Phẫu thuật nạo sàng hàm:

***Thì 1, Thì 2:*** Như trong phẫu thuật Caldwel-Luc.

***Thì 3:* Mở xoang hàm**

- Như phẫu thuật Caldwel-Luc.

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

***Thì 4:* Lấy bệnh tích xoang hàm** (như phẫu thuật Cadwell-Luc)

***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** (như phẫu thuật Caldwel-Luc).

***Thì 8:* Cầm máu, đóng xoang** (như phẫu thuật Caldwel-Luc).

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 nhỡn.

**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.

## 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**

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. Vô cảm**

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

**4. 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.

**5. 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 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.

- Tổn thương ống lệ tỵ.

## 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.

- 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**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**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.

## 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:

+ Công thức máu

+ Đông máu cơ bản.

+ Chức năng gan, thận.

- Được chụp phim cắt lớp vi tính vùng mang mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

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

**4. 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. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**4. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

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

**5. Kỹ thuật**

- Tiêm tê dưới da tiểu trụ mũi theo đường mổ tạo hình mũi đường ngoài (Medicain, Octocain 1%).

- Rạch da hình chữ V qua tiểu trụ, cách sàn mũi khoảng 2-3mm, bóc vạt da lên trên bộc lộ sụn tiểu trụ và sụn cánh mũi.

- 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.

## PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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**

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.

- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.

- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.

- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn dưới từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần định cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.

- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.

- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.

- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn 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).

# Chương IV: LĨNH VỰC HỌNG - THANH QUẢN

## ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT VÀ ĐÔNG LẠNH

**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.

+ 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 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.

- 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).

## NẠO V.A

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**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.

- Về tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh về máu.

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.

- Lao sơ nhiễm.

- Trẻ hở hàm ếch.

- Đang ở vùng có dịch lây qua đường hô hấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ thìa nạo V.A Moure.

- Hoặc dụng cụ nạo La Force.

- Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...

**3. Người bệnh**

- Nhịn ăn uống ít nhất 3 giờ trước nạo.

- Lấy mạch, nhiệt độ, nghe tim phổi.

- Người bệnh được quấn khăn, có người bế và giữ đầu.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Xét nghiệm cơ bản về máu: thời gian máu chảy, máu đông.

- Chiếu (chụp) tim phổi (nếu có điều kiện).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Nạo V.A vòm bằng thìa nạo Moure có rổ.

- Nạo V.A vòi bằng thìa Moure không rổ.

- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấn sát lên trần vòm trong 1 - 2 phút. Nếu dùng dụng cụ La Force thì chỉ cần nạo một lần và dùng ngay rổ của dụng cụ tì ép vào nóc vòm để cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1-2 giờ mới cho ăn.

- Theo dõi các tai biến khác.

- Khám lại sau một ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**

- Nạo chưa hết: nạo lại.

- Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng bông cầu, dùng kháng sinh và theo dõi.

- Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.

**2. Dị vật đường thở**

- Do mảnh V.A hoặc cục máu đông rơi vào đường thở: lấy dị vật, cho kháng sinh, theo dõi.

- Do tuột cục bông cầu vào họng: nhanh chóng dùng ngón tay trỏ móc cục bông lên miệng rồi gắp ra.

**3. Ngừng thở**

Thường do trẻ quá sợ hãi hoặc thao tác quá thô bạo: kích thích cho trẻ thở lại, thở oxy, nằm nghỉ.

**4. Nhiễm khuẩn**

Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

## 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.

- 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**

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**

***- 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.

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

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- VA quá phát gây cản trở đường thở.

- VA hay bị viêm tái đi tái lại.

- VA gây viêm kế cận.

- Tuổi không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh về máu.

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.

- Lao sơ nhiễm.

- Trẻ hở hàm ếch.

- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ mở miệng David Boys.

- Dụng cụ nạo VA La Force.

- Ống hút nội soi, kẹp phẫu tích, bấc mũi, thuốc co mạch oxymetazolin, gương soi vòm, sonde Nelaton hoặc dây hút mũi số 6.

- Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...

**3. Người bệnh**

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

- Lấy hồ sơ bệnh án.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Người bệnh được thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2. Kỹ thuật**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch oxymetazolin khoảng từ 3 đến 5 phút.

- Mở miệng bằng bộ dụng cụ David Boys.

- Luồn sonde Nelaton hoặc dây hút mũi qua mũi xuống họng, buộc 2 đầu lại ở phần cửa mũi để kéo lưỡi gà ra trước.

- Dùng gương soi vòm đưa vào miệng sát lưỡi gà quan sát tổ chức V.A.

- Đưa dụng cụ nạo V.A qua đường miệng đến vòm, tỳ sát tổ chức V.A. Nạo V.A bằng dụng cụ nạo La Force. Tiến hành nạo hết tổ chức V.A, không làm tổn thương thành sau của vòm mũi họng.

- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấn sát lên trần vòm trong 1 - 2 phút.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1-2 giờ mới cho ăn.

- Theo dõi các tai biến khác.

- Khám lại sau một ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**

- Nạo chưa hết: nạo lại.

- Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng ống hút đông điện, hoặc Bipolar, dùng kháng sinh và theo dõi.

- Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.

**2. Nhiễm khuẩn**

Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

## PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Lấy bỏ amidan toàn phần (cả vỏ bọc).

**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**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt amidan (tùy theo thủ thuật).

**3. Người bệnh**

Có xét nghiệm cơ bản đầy đủ, bình thường.

Thể trạng bình thường, không có chống chỉ định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản hoặc gây tê; phối hợp tốt giữa thầy thuốc, nhân viên gây mê. Gây tê chủ yếu giữa trụ trước và amidan để bóc tách cuống amidan, cắt cảm giác đau hoặc gây mê nông, khi vừa mất tri giác, mềm cơ.

**2. Kỹ thuật**

***2.1. Cắt amidan bằng Sluder-Ballenger***

Thường thực hiện ở trẻ em, amidan quá phát.

- Cắt amidan bên nào cầm dụng cụ tay đó; nâng khít amidan và nâng nhẹ lên.

- Đẩy lọt amidan qua lỗ Sluder, là động tác cơ bản phải đẩy hết khối amidan nhưng không lọt cả trụ trước sang.

- Cắt rời amidan, khi bóp cán vẫn giữ nguyên ngón tay đẩy khối amidan.

- Tách amidan khỏi hốc là động tác khó nhất, đòi hỏi phải phối hợp tốt hai tay.

- Kiểm tra và cầm máu.

***2.2. Cắt amidan bằng phương pháp bóc tách và cắt bằng thòng lọng (Anse)***

***Thì 1:*** Gây tê bằng xyclocain 1% tại cuống amidan, hốc amidan (gây tê bóc tách); có thể thêm trụ trước, trụ sau.

***Thì 2:*** 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 amidan khỏi hốc: bảo đảm amidan chỉ còn dính với hốc ở cuống.

***Thì 4:*** Lấy amidan khỏi hốc

- Luồn thòng lọng qua amidan tì sát cuống.

- Bóp/vặn từ từ khít thòng lọng, để cắt dời cuống.

- Lấy amidan ra khỏi hốc.

***Thì 5:*** Cầm máu bằng bông cần thấm nước oxy già.

Cắt amidan bên còn lại như trên.

***Thì 6:*** Kiểm tra, cầm máu

- Quan sát kỹ 2 hốc amidan.

- Nếu còn rỉ máu phải cầm máu tiếp/buộc/đông điện đảm bảo không còn chảy.

***2.3. Cắt amidan gây mê nội khí quản***

- Tư thế: người bệnh nằm trên bàn phẳng để gây mê nội khí quản, khi chuẩn bị cắt để đầu ngửa, nhét bấc để máu khỏi xuống đường thở; phẫu thuật viên ngồi phía trên đầu người bệnh để quan sát họng người bệnh dễ dàng; trợ thủ ngồi/đứng bên phải để hút máu.

- Dụng cụ: phải có mở miệng Kilner hay David-Boys, máy hút.

+ Bộ dụng cụ bóc tách amidan của Portmann.

+ Có thể dùng dao cán dài lưỡi nhỏ và kéo dài, cong, đầu nhọn.

+ Dụng cụ đốt/đông điện để cầm máu.

- Kỹ thuật:

+ Các thì như cắt amidan bằng phương pháp bóc tách. Lưu ý đảm bảo động tác thích hợp với người bệnh nằm, phẫu thuật viên ở phía trên đầu người bệnh.

+ Cần cầm máu thật chu đáo (đông điện/đốt, buộc) đảm bảo hai hốc amidan khô tốt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Người bệnh được nằm lưu từ 24 giờ, không cho về trước 12 giờ sau khi cắt.

- Chảy máu: có khay quả đậu để người bệnh đùn, nhổ ra dễ dàng và theo dõi được chảy máu, tránh nuốt.

- Mạch, huyết áp sau mổ để phát hiện chảy máu ít nhất 2-6 giờ sau mổ.

- Nếu đùn, nhổ ra máu tươi liên tục vài phút phải báo ngay phẫu thuật viên kiểm tra, cầm máu kịp thời.

- Thuốc: kháng sinh 3-5 ngày, thuốc cầm máu, vitamin, nhỏ mũi với trẻ em/có nạo VA kèm/có sặc lên mũi.

- Ăn:

+ Đảm bảo đủ dinh dưỡng, không ăn chất chua, quá nóng (dễ chảy máu).

+ Ngày đầu ăn lỏng (sữa), 2 ngày sau ăn loãng (cháo, xúp); tiếp theo ăn mềm; bình thường sau 5-7 ngày.

- Nói: 2 ngày đầu nghỉ, nói ít, khẽ; sau 5-7 ngày nói bình thường.

**2. Tai biến - Xử trí**

***2.1. Trong thủ thuật***

- Ngừng thở do sợ hãi: kích thích cho thở lại, thở oxy.

- Choáng phản vệ với thuốc tê: ngừng cắt, chống choáng.

- Ngất trắng: ngừng cắt, xử trí, thở oxy.

- Dị vật đường thở: cục bông cầu, mảnh hay cả amidan: lấy dị vật/mở khí quản.

- Chảy máu là cơ bản: xác định tính chất, vị trí chảy máu để xử trí ngay, hợp lý, nếu cắt sót cần cắt nốt.

***2.2. Sau thủ thuật***

Chảy máu sớm trong 12 giờ sau cắt, chú ý trong 2 giờ đầu:

- Cần theo dõi phát hiện kịp thời, xử trí đúng, khẩn trương.

- Xử trí tùy theo tình trạng, vị trí, mức độ chảy máu thực hiện:

+ ấn bông cần thấm nước oxy già.

+ Đốt bằng hóa chất/đông điện.

+ Buộc cầm máu.

+ Cắt nốt amidan còn sót.

+ Đặt kẹp Boisweil. Khâu dính hai trụ.

## 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.

## PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt amidan bằng Coblator là phương pháp dùng sóng năng lượng tần số radio cao tần để phá hủy mô amidan. Cắt amidan bằng máy Coblator II có ưu điểm lớn là vừa cắt, vừa hút, vừa tưới nước ở nhiệt độ 67oC nên không gây bỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Amidan 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**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Máy Coblator II với chức năng cắt amidan, nạo V.A, đốt cuốn mũi, chỉnh hình vòm họng và phẫu thuật điều trị ngáy...

- Đầy đủ dụng cụ và các thiết bị đi kèm.

**3. Người bệnh**

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

- Bồi phụ máu, nước, điện giải...

- Nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước khi phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm 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, máu chảy máu đông, chức năng gan, thận, Xquang phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim...

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

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

- Máy Coblator II và dụng cụ mổ đặt bên phải của người bệnh.

- Máy gây mê đặt bên trái của người bệnh.

- Phẫu thuật viên và trợ thủ viên đứng hoặc ngồi phía trên đầu của người bệnh.

***3.2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

***Thì 1:*** Đặt banh miệng tự hãm.

***Thì 2:*** Dùng đầu dò chuyên dụng cắt amidan bằng nhiệt vừa tưới nước và hút dịch cùng với mảnh vụn, đồng thời đốt các điểm chảy máu.

***Thì 3:*** Kiểm tra lại hốc amidan đã cắt.

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

- Người bệnh không được la hét lớn và nằm viện thêm nửa ngày để theo dõi.

- Ngoài ra, trẻ cần có chế độ ăn uống đặc biệt: kiêng các thức ăn cứng, nóng, chua, cay. Nên ăn các thức ăn: lỏng, nguội, mềm trong vòng 15 ngày đầu để tránh chảy máu sau mổ.

- Người bệnh có thể về nhà trong ngày làm việc và học tập trở lại bình thường sau một tuần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất. Dùng kẹp dài và spongel đè ép lên hố amidan đang chảy máu. Nhúng spongel vào epinephrin hoặc bột thrombin có thể đem lại hiệu quả. Nếu thất bại, người bệnh cần được đưa vào phòng mổ để thắt động mạch. Các biến chứng khác bao gồm:

- Đau (ví dụ: viêm họng, đau tai).

- Mất nước (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).

- Sụt cân (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).

- Sốt (ít gặp, thường do nhiễm trùng tại chỗ).

- Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật (do phù nề lưỡi gà, tụ máu, sặc hít).

- Amidan còn sót lại sau cắt.

- Chấn thương tâm lý, chứng hoảng sợ về đêm, hoặc trầm cảm.

Tùy thuộc vào từng loại biến chứng, thầy thuốc Tai Mũi Họng và gây mê sẽ có biện pháp xử trí thích hợp và hiệu quả nhất.

## PHẪU THUẬT LẤY 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, 1 kim đầu tù.

- Thuốc: xylocain 2%, xanh methylen.

**3. Người bệnh**

Cạo tóc bên tai phẫu thuật. Có thể phẫu thuật cả hai bên nếu người bệnh bị rò hai 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 xylocain 2%). Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò. Bơm xanh methylen vào đường rò hoặc không bơm tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy miệng lỗ rò. Bóc tách đường rò theo chỉ thị màu của xanh methylen. Lấy toàn bộ đường rò.

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

- Băng ép.

**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.

- 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.

## PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ CẠNH CỔ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò cạnh cổ là một dị tật bẩm sinh, bao gồm rò khe túi mang 1, 2, 3, 4. Biểu hiện với lỗ rò ngoài da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm. Lỗ rò bên trong nằm ở ống tai ngoài, hố amidan, hoặc ở xoang lê.

Phẫu thuật này nhằm lấy toàn bộ đường rò.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có đường rò cạnh cổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khi đang áp xe hoặc đang viêm tấy.

- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng trở lên.

**2. Phương tiện**

- Như phẫu thuật mở cạnh cổ.

- Thêm que thăm dò, kim đầu tù, xanh methylen, bộ soi thực quản (để kiểm tra xoang lê).

**3. Người bệnh**

- Như chuẩn bị chung: xét nghiệm cơ bản

- Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang (không bắt buộc).

- Soi kiểm tra xoang lê trước khi mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê toàn thân.

**2. Kỹ thuật**

***Thì 1:* Rạch da**

- Có thể bơm xanh metylen vào đường rò.

- Có hai cách rạch da:

+ Rạch da theo đường mổ tuyến mang tai đối với rò khe mang I.

+ Rạch ngang cổ (theo nếp lằn cổ).

***Thì 2:* Bộc lộ đường rò**

- Rạch qua lớp cân cổ nông, bóc tách bộc lộ đường rò một cách cẩn thận.

- Tiếp tục phẫu tích lên trên đến tận cùng đường rò.

***Thì 3:* Cắt bỏ đường rò**

- Đối với rò túi mang IV (rò xoang lê), nên phối hợp với nội soi để xác định miệng lỗ rò xoang lê, dùng kẹp không mấu kẹp bịt miệng lỗ rò. Kiểm tra qua ống soi, thấy đường rò đã được bịt kín.

- Đóng đường rò bằng chỉ không tiêu.

- Cắt bỏ đường rò.

- Khâu vùi miệng cắt.

***Thì 4:* Khâu phục hồi đường rạch**

- Đặt dẫn lưu.

- Đóng hốc mổ 2 lớp.

- Băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Kháng sinh.

- Băng ép, theo dõi chảy máu.

- Sau 48 giờ, rút ống dẫn lưu.

- Cắt chỉ sau 7 ngày.

Chú ý: nếu đường rò lớn, tổn thương vùng xoang lê nhiều: cho ăn qua ống xông trong 5- 7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tụ máu vùng cổ: cần theo dõi để phát hiện sớm.

- Nhiễm khuẩn vùng cổ: kháng sinh.

- Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, thần kinh thanh quản trên thần kinh VII.

- Tái phát: vì không lấy hết đường rò, đặc biệt khi đường rò đã bị áp xe hoặc còn nhánh phụ.

## PHẪU THUẬT RÒ KHE MANG I

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò khe mang I thuộc nhóm dị tật rò bẩm sinh vùng cổ bên, đường rò chạy từ vùng tam giác Poncet (đỉnh là phần dưới ống tai ngoài, đáy là cạnh nối đỉnh cằm và bờ trên xương móng) đến phần ống tai ngoài chỗ tiếp nối giữa sụn và xương.

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Rò khe mang I.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đường rò đang viêm tấy, áp xe.

- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được đào tạo phẫu thuật đầu cổ.

**2. Phương tiện**

- Các dụng cụ phẫu thuật thông thường.

- Kéo nhỏ, kẹp phẫu tích nhỏ không mấu, banh, bay nhỏ.

- Dao điện, đông điện lưỡng cực.

- Ở các cơ sở lớn có thể trang bị thêm máy theo dõi dây VII, kính lúp hoặc kính hiển vi.

**3. Người bệnh**

- Giải thích kỹ về nguy cơ bị tổn thương dây VII.

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.

- Siêu âm tuyến mang tai, nếu cần chụp cắt lớp tuyến mang tai có bơm thuốc cản quang đường rò.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê toàn thân.

**2. Tư thế**

- Nằm đầu nghiêng tối đa về bên lành và có đệm gối dưới vai.

- Thầy thuốc đứng phía bên phẫu thuật.

- Người phụ đứng bên đối diện và phía trên đầu.

**3. Kỹ thuật**

***Thì 1:*** Rạch da theo đường mổ tuyến mang tai, bóc tách vạt da ra phía trước.

***Thì 2:*** Bóc tách bộc lộ bờ sau tuyến mang tai, phần dưới sụn ống tai (ngón tay chỉ), bờ trước cơ ức đòn chũm, bụng sau cơ nhị thân.

***Thì 3:*** Tìm thân dây thần kinh số VII theo hướng ngón tay chỉ và trên bình diện của cơ nhị thân, tiếp tục bộc lộ các nhánh dây VII.

***Thì 4:*** Bóc tách đuổi theo ống rò cho đến kết thúc ở ống tai ngoài, xác định ống rò đi trên hay đi dưới hay đi xuyên qua các nhánh dây VII, cắt bỏ toàn bộ đường rò mà không làm tổn thương dây VII.

***Thì 5:*** Khâu bít lỗ trong của ống rò ở ống tai ngoài.

***Thì 6:*** Đóng da sau khi đặt dẫn lưu kín, hút chân không.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Hút dịch hằng ngày, thay băng, băng ép.

- Rút ống dẫn lưu sau 48 giờ.

- Cắt chỉ sau 7 ngày.

- Điều trị chống viêm, chống phù nề.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Liệt mặt ở các mức độ do tổn thương các nhánh dây VII.

- Chảy máu.

- Nhiễm trùng vết mổ.

- Di chứng: hội chứng Frey.

## PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ KHE MANG II

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy nang và rò khe mang II là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ đường rò khe mang II để tránh viêm tấy và áp xe vùng cổ tái phát.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nang và rò khe mang II.

**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**

- Đang có viêm tấy hoặc áp xe đường rò.

- 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 được đào tạo về phẫu thuật đầu cổ.

**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:

+ Công thức máu.

+ Đông máu cơ bản.

+ Chức năng gan, thận.

- Được chụp phim cắt lớp vi tính vùng mang cổ 2 tư thế coronal và axial.

- 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**

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. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**4. Tư thế**

- Người bệnh nằm ngửa, có gối độn vai, đầu ngửa tối đa.

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

**5. Kỹ thuật**

- Tiêm tê dưới da theo đường ngang cổ quanh miệng lỗ rò bằng Medicain (Octocain) 1%.

- Rạch da qua lớp cơ bám da, bóc vạt da lên trên và xuống dưới theo bình diện dưới cơ bám da cổ.

- Bóc tách quanh lỗ rò tìm đường rò chạy trong máng cảnh, đường rò chạy lên ngang mức xương móng sẽ vào sâu nên thường phải rạch da đường thứ 2 ngang mức sừng lớn xương móng cùng bên để dễ lấy hết đường rò.

- Đường rò chạy vào sâu đến amidan ở bờ trên sừng lớn xương móng, nên bóc tách đường rò đến bình diện sâu hơn sừng lớn xương móng thì kẹp và buộc thắt đường rò. Thắt đường rò bằng chỉ không tiêu 2-0 hoặc 3-0.

- Một số tác giả khuyến cáo có thể cắt amidan bên có đường rò.

- Đặt dẫn lưu kín, khâu da hai lớp.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

- Thay băng hàng ngày.

- Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: cần theo dõi vết mổ và bình dẫn lưu để phát hiện chảy máu. Nếu chảy máu nhiều cần mở lại hốc mổ để kiểm tra.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

## PHẪU THUẬT NANG RÒ GIÁP LƯỠI

**I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi là phẫu thuật lấy bỏ nang rò kèm theo đường rò giáp lưỡi đi từ nang dính vào mặt sau thân xương móng và đi tới lỗ tịt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các nang vùng cổ trước dính vào xương móng di động theo nhịp nuốt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không thấy hình ảnh tuyến giáp trên siêu âm vùng cổ.

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê hay gây tê và phẫu thuật được.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên, được đào tạo về phẫu thuật đầu cổ.

- 01 Bác sĩ Tai Mũi Họng trợ giúp.

- 01 Bác sĩ Gây mê hồi sức.

- 01 Kĩ thuật viên Gây mê hồi sức.

- 01 Điều dưỡng trợ giúp.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng cổ.

Kéo cắt xương móng, máy hút, đông điện.

**3. Người bệnh**

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

Siêu âm vùng cổ hoặc chụp cắt lớp vi tính vùng cổ để xác định vị trí, kích thước, mật độ khối u cũng như tình trạng tuyến giáp lạc chỗ.

Làm bệnh án theo mẫu.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, siêu âm vùng cổ.

**2. Kiểm tra người bệnh**

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá vị trí, kích thước, mật độ khối u và tìm hiểu các bệnh lý toàn thân có liên quan (nếu có).

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

Gây mê nội khí quản, gây tê trong trường hợp người bệnh không có khả năng gây mê.

***3.2. Tư thế người bệnh***

Người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

***3.3. Kỹ thuật***

Rạch da vùng cổ trước ngang mức khối phồng, đường rạch đi từ bờ trước cơ ức đòn chũm bên này sang bờ trước cơ ức đòn chũm bên kia. Rạch tiếp tục qua lớp mỡ dưới da và lớp cơ da, bóc tách vạt da bộc lộ mặt trước của các cơ dưới móng cho đến tận bờ trên xương móng.

Rạch đường trắng giữa, bóc tách khối u nang ra khỏi các lớp cơ dưới móng cho đến tận chỗ bám của khối vào thân xương móng.

Bóc tách chỗ bám của các cơ trên móng và dưới móng vào thân xương móng. Cắt thân xương móng.

Tiếp tục bóc tách đường rò đến lỗ tịt. Kẹp buộc và cắt bỏ đường rò ở sát lỗ tịt.

Khâu đáy lưỡi, khâu cơ trên móng và dưới móng, đặt dẫn lưu, khâu phục hồi các lớp cơ da và da theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI**

Cho kháng sinh 5 ngày.

Rút dẫn lưu (nếu có) trong vòng 48 giờ.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Nhiễm khuẩn vết mổ.

Chảy máu hình thành khối máu tụ vùng cổ, đôi khi gây khó thở cần mở lại vết mổ, lấy sạch máu đọng, cầm máu.

Thủng hạ họng trong quá trình bóc tách lấy bỏ khối u cần được khâu phục hồi.

## 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 tê tại chỗ bằng xịt hoặc đặt bông thấm Lidocain.

- 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.

## SOI THANH QUẢN TRỰC TIẾP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi thanh quản trực tiếp là dùng ống cứng hoặc mềm đưa vào đến thanh quản để thăm khám, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thông qua nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý thanh quản.

- Soi thanh quản trực tiếp để dẫn đường cho soi thanh khí quản trẻ em.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trong soi 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 hoặc ống mềm.

- 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**

- Giấy khám chữa bệnh.

- Kết quả soi và hướng dẫn chẩn đoán điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tìm thanh thiệt.

- Vén thanh thiệt.

- Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn.

**VI. 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.

**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.

**MỤC LỤC**

[Chương I: LĨNH VỰC TAI 2](#_Toc522261047)

[BƠM HƠI VÒI NHĨ 2](#_Toc522261048)

[CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ 3](#_Toc522261049)

[Chương II: LĨNH VỰC CẤP CỨU 4](#_Toc522261050)

[LẤY DỊ VẬT MŨI 4](#_Toc522261051)

[NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC 5](#_Toc522261052)

[NHÉT BẤC MŨI SAU 6](#_Toc522261053)

[CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL 7](#_Toc522261054)

[LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG 9](#_Toc522261055)

[LẤY DỊ VẬT TAI 10](#_Toc522261056)

[SOI THỰC QUẢN LẤY DỊ VẬT 11](#_Toc522261057)

[CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN 13](#_Toc522261058)

[CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG 14](#_Toc522261059)

[NẮN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG 15](#_Toc522261060)

[PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN 17](#_Toc522261061)

[PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI 19](#_Toc522261062)

[PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG TRÁN 20](#_Toc522261063)

[Chương III: LĨNH VỰC MŨI XOANG 22](#_Toc522261064)

[PHƯƠNG PHÁP PROETZ 22](#_Toc522261065)

[BẺ CUỐN MŨI 23](#_Toc522261066)

[ĐỐT CUỐN MŨI BẰNG ĐÔNG ĐIỆN 24](#_Toc522261067)

[PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG SÓNG CAO TẦN (COBLATOR) 26](#_Toc522261068)

[CHỌC RỬA XOANG HÀM 27](#_Toc522261069)

[CẮT POLYP MŨI 29](#_Toc522261070)

[PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM 30](#_Toc522261071)

[PHẪU THUẬT NẠO SÀNG HÀM 32](#_Toc522261072)

[PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM 33](#_Toc522261073)

[PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI 35](#_Toc522261074)

[PHẪU THUẬT THỦNG VÁCH NGĂN MŨI 37](#_Toc522261075)

[PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI 38](#_Toc522261076)

[Chương IV: LĨNH VỰC HỌNG - THANH QUẢN 40](#_Toc522261077)

[ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT VÀ ĐÔNG LẠNH 40](#_Toc522261078)

[NẠO V.A 41](#_Toc522261079)

[PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI 43](#_Toc522261080)

[PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN BẰNG THÌA LA FORCE 44](#_Toc522261081)

[PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN 46](#_Toc522261082)

[PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ 48](#_Toc522261083)

[PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR 50](#_Toc522261084)

[PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ 52](#_Toc522261085)

[PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ CẠNH CỔ 53](#_Toc522261086)

[PHẪU THUẬT RÒ KHE MANG I 54](#_Toc522261087)

[PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ KHE MANG II 56](#_Toc522261088)

[PHẪU THUẬT NANG RÒ GIÁP LƯỠI 57](#_Toc522261089)

[CẮT PHANH LƯỠI 59](#_Toc522261090)

[SOI THANH QUẢN TRỰC TIẾP 60](#_Toc522261091)