

Số: 110/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 13 tháng 5 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai mũi họng”

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 3978/QĐ-BYT, ngày 18/10/2012 của Bộ Y tế Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng”;

Căn cứ Quyết định số 1985/QĐ-SYT, ngày 28/12/2018 của Sở Y tế Lai Châu về việc Ban hành quy định về phân cấp quản lý công tác tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức cho các đơn vị thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 23 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Tai mũi họng.

(Có quy trình kỹ thuật chuyên ngành Tai mũi họng chi tiết kèm theo)

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.
- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.
- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Tai mũi họng để áp dụng tại đơn vị.
- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Sở Y tế Lai Châu;
- Lưu KH-NV.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG

(Kèm theo Quyết định số 110/QĐ-TTYT, ngày 13/5/2019 của TTYT Than Uyên)

STT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Chích rạch màng nhĩ
2	Bơm hơi vòi nhĩ
3	Chích áp xe quang Amidan
4	Phương pháp Proetz
5	Lấy dị vật mũi
6	Nhét bác mũi trước
7	Nhét bác mũi sau
8	Cầm máu mũi bằng Merocel
9	Lấy dị vật hạ họng
10	Lấy dị vật tai
11	Phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ
12	Phẫu thuật nâng xương chính mũi sau chấn thương
13	Phẫu thuật mở khí quản
14	Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi
15	Đốt cuốn mũi bằng bông điện
16	Chọc rửa xoang hàm
17	Cắt Polyp mũi
18	Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm
19	Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi
20	Phẫu thuật nạo VA gây mê nội khí quản bằng thìa La Force
21	Phẫu thuật cắt Amidan
22	Phẫu thuật cắt Amidan gây mê
23	Phẫu thuật lấy đường rò luân nhĩ

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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 nhĩ.
- 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./.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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 mũ.

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 nút 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 ngậm 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 con 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./.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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.
- Kim 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 mũ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mũ.
- Dùng kim Lube - Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mũ.
- 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.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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 kê để buồm hàm đập kín đường xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người

bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

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

5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: LẤY DỊ VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.

- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

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:
 - + Có định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc 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: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bắc mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

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.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chảy máu mũi trước (người bệnh ngòì, 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.
- Bắc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.

- Thuốc: tê niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, dầu gômênôn.

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./.

7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: NHÉT BẮC 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 lạnh to, bấc mũi hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, 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 bác đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầu ốngsonde.
- Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải đẩy cuộn bác lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.
- Nhét bác mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).
- Cố định cuộn bác 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 bác 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 bác quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải nhét lại./.

8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CÀM 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./.

9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp 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 gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

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

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

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

10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT: 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 - 38°C).

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 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
- + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
- + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sung nề có thể rạch sau tai rồi bỏ 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 gấp.

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 bác thấm dầu + kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

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.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt ống thông khí màng nhĩ là một phẫu thuật can thiệp trên màng nhĩ nhằm đảm bảo sự thông khí và dẫn lưu dịch trong hòm tai trong trường hợp có hiện tượng rối loạn chức năng vòi nhĩ.
- Phẫu thuật này chỉ được coi là giải pháp tạm thời cần phải phối hợp với các biện pháp điều trị nguyên nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai thanh dịch.
- Tắc vòi nhĩ do V.A.

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

Đo thính lực, nhĩ lượng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến lúc mổ

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

2. Tai biến sau mổ

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

3. Tai biến muộn

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

PHẪU THUẬT NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Thủ 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, kim nâng sống mũi cuốn (Asch - Walsham).
- 01 soi mũi.
- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.
- Khăn, bác 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 gãy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bác 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 gãy kín

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

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

- Nếu bên kia cũng gãy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bác 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 bác mũi sau 2 ngày.

3. Đối với xương chính gãy hở

- Phải xếp lại xương gãy 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 Argylol 3%.
- Nếu gãy hờ, bản, 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 bắc 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 bí 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.
- Mở khí trong trường hợp phải hồi sức thở máy lâu dài.
- Sẹo hẹp thanh khí quản.
- Tổn thương từ bên ngoài chèn vào đường thở như u, viêm nhiễm trên sụn thanh khí quản gây xẹp thanh khí quản.

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 máu và không máu) 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 nhân cho người bệnh thở tạm.

1. Vô cảm

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

2. Tư thế

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

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

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 nhân, 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 đỡ 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 cầm kim cho thoát khí.
- + Tràn khí màng phổi: phải hút liên tục để hồi sức, thở cho tốt.
- Đôi khi mở tốt rồi, toàn bộ hệ thống đường thở co thắt, nếu ta bóp bang mà chống lại bóng thì phải chống co thắt, thậm chí phải gây mê giãn cơ có máy thở hỗ trợ.

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.
- Bắc, 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 15-20° 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 bắc trong mũi nếu có.

Thì 2:

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

Thì 3:

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

- Đánh giá tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
- Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

- Kiểm tra lại hốc mũi.

- Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

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.

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 ngụy 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 nhẹ 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 bác (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.
- Chảy máu: nhét bác và dùng thuốc cầm máu.
- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

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 gậy 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 cuộn 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 cuộn dưới 0,5 - 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuộn mũi dưới.
- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rỗng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
- Rút 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, sốt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốt: nằm đầu thấp, chống sốt.
- Chảy máu: do đặt kim không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bông vào vách 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 vòm 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 mũ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Kim Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.

- Thòng lọng cắt polyp.
- Bánh 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

- Bánh 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 trái rộng trong lòng khe giữa.
- Polyp do thoái hóa cuộn.

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 bắc 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 bắc mũi/merocel.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bắc.
- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.
- Con hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.
- Rút bắc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

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 - nhày, 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 (10-15°).
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5. Kỹ thuật

- Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..

- Tiêm tê dưới niêm mạc tại các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mồm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát của dây thần kinh khẩu cái trên.

- Cắt mồm 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 vảy 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.
- + Kim găm sụn của Jansen.
- + Đục xương lười 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

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

2. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch niêm mạc

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

Thì 2: Bóc tách niêm mạc

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

Thì 3: Bộc lộ vách ngăn sụn và xương

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

Thì 4: Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo

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

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

Thì 6: Đục bỏ phần chân của vách ngăn

Thì 7: Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi

Đặt merocel hoặc đặt mảnh ép vách ngăn. Nhét 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 khỏi 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 NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN

BẢNG THÌA LA FORCE

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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, bác 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 bác mũi tẩm thuốc co mạch oxymetazolin khoảng từ 3 đến 5 phút.
- Mở miệng bằng bộ dụng cụ David Boys.
- Luồn sonde Nelaton hoặc dây hút mũi qua mũi xuống họng, buộc 2 đầu lại ở phần cửa mũi để kéo lưỡi gà ra trước.
- Dùng gương soi vòm đưa vào miệng sát lưỡi gà quan sát tổ chức V.A.
- Đưa dụng cụ nạo V.A qua đường miệng đến vòm, tỳ sát tổ chức V.A. Nạo V.A bằng dụng cụ nạo La Force. Tiến hành nạo hết tổ chức V.A, không làm tổn thương thành sau của vòm mũi họng.
- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấn sát lên trần vòm trong 1 - 2 phút.

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.
- Tồn 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 thông 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, mở 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 thông lọng qua amidan tì sát cuống.
- Bóp/vặn từ từ khít thông lọng, để cắt rời 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 bác 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 thông lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thông lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

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 thông 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, thất 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 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 tiêu 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

- Rửa 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.

