

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 quần khăn, có người bế và giữ đầu.

4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm cơ bản về máu: thời gian máu chảy, máu đông.
- Chiều (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 vòm bằng thìa Moure không rổ.
- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tắm 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 miệng 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 trở móc cục bông lên miệng rồi gấp 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, 4mm.
- Bộ dụng cụ cắt hút XPS lưới cong và thẳng.

- Băng 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 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 bắc 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 miệng 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 liên.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, phát âm.
- Amidan viêm mạn tiềm tàng. Đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

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 (tuỳ 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, mê 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 hoá chất/ đông điện.
 - + Buộc cầm máu.
 - + Cắt nốt amidan còn sót.
 - + Đặt kẹp Boissier. 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 liên.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng thở, ăn, phát âm.
- Amidan viêm mạn tiềm tàng, đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

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 X Quang 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

1. 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 phẫu 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 (H_2O_2) 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 khô 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 khô 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 67⁰C nên không gây bỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

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

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, X quang 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 15-20° 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 bọc đường khâu.
- Viêm sụn vành tai.
- Nếu lấy không hết chân đường rò, rò và viêm nhiễm sẽ tái phát, phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò.

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 máu 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 máu, 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 bóc lộ các nhánh dây VII.

Thì 4: Bóc tách đuôi 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 phân 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 đỡ 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 cánh, 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 RÒ XOANG LÊ (RÒ TÚI MANG IV)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò túi mang IV thuộc nhóm dị tật rò bẩm sinh vùng cổ bên, đường rò chạy từ vùng cổ dưới, bờ trước cơ ức đòn chũm, chạy lên trên đi sát bao tuyến giáp, đến bờ sau cánh sụn giáp, tận hết ở vùng đáy xoang lê.

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò.

II. CHỈ ĐỊNH

Rò xoang lê

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.
- Cần thêm: kéo nhỏ, kẹp phẫu tích nhỏ không máu, banh, bay nhỏ.
- Dao điện, đông điện lưỡng cực.

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.
- Soi hạ họng - xoang lê xác định lỗ rò trong, nếu cần chụp cắt lớp vùng cổ 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 ngửa, nghiêng 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 đường ngang cổ tương ứng vị trí nang rò, vòng quanh lỗ rò.

Thì 2: Bóc tách qua các lớp, bộc lộ bờ trước cơ ức đòn chũm, vào sâu đến bao tuyến giáp, dùng ecarter kéo bó mạch cảnh ra ngoài.

Thì 3: Bộc lộ bờ sau sụn giáp, cắt phần dưới cơ khíh họng dưới để bộc lộ xoang lê.

Bóc tách túi rò, tiếp tục đuổi theo ống rò lên phía trên.

Thì 4: Bóc tách đuổi theo ống rò cho đến kết thúc ở đáy xoang lê.

Thì 5: Khâu bít lỗ trong của ống rò ở đáy xoang lê.

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 dây hồi quy.
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.

PHẪU THUẬT NANG RÒ GIÁP LƯỖI

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 sỹ Tai Mũi Họng trợ giúp.
- 01 Bác sỹ Gây mê hồi sức.
- 01 Kỹ 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.

PHẪU THUẬT LẤY BỎ U NANG VÙNG HỐ LƯỖI THANH THIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Khối u nang nằm ở vùng hố lười thanh thiệt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).
- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.
- Đông điện.
- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

3. Người bệnh

- Được khám để xác định vị trí kích thước khối u nang.
- Được giải thích về phẫu thuật.
- Điều trị phối hợp ngăn ngừa phản xạ trào ngược dịch dạ dày (nếu có), để tránh dịch dạ dày gây nhiễm khuẩn vết mổ làm cho vết mổ lâu lành.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.
- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Tư thế người bệnh

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

3. Kỹ thuật

- Dùng bộ soi thanh quản treo bộc lộ rõ hố lưỡi thanh thiệt.
- Dùng dụng cụ vi phẫu lấy bỏ khối u.
- Kiểm tra và cầm máu kỹ bằng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Cho kháng sinh 5 ngày.
- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn vết cắt.
- Chảy máu: nếu chỉ chảy máu các mạch nhỏ, cho các thuốc cầm máu, ngâm đá lạnh, nếu chảy nhiều phải mổ lại cầm máu.

CẮT PHANH LƯỖI

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.

PHẪU THUẬT DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ phần màng dính giữa hai dây thanh nhằm phục hồi chức năng thở và phát âm cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Màng dính trên 1/3 dây thanh (bẩm sinh hay mắc phải: sau viêm nhiễm, chấn thương, phẫu thuật).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê hay gây tê, 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 thanh quản
- Bác sĩ Tai Mũi Họng trợ giúp.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Kỹ thuật viên Gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng Tai Mũi Họng trợ giúp.

2. Phương tiện

- Bộ soi treo vi phẫu thanh quản.
- Bộ kẹp phẫu tích, kéo vi phẫu thanh quản, laser (nếu có).
- Kính hiển vi phẫu thuật (nếu có).
- Bộ nội soi phẫu thuật, que dẫn sáng 0,4mm.
- Máy hút, ống hút.

3. Người bệnh

- Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của phẫu thuật.
- Cần thăm khám đường thở đánh giá tình trạng chấn thương sẹo hẹp đi kèm, tình trạng khó thở.
- Ở trẻ em cần chú ý khám tìm các dị tật bẩm sinh toàn thân khác.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.
- Siêu âm vùng cổ hoặc chụp phim cổ nghiêng hoặc chụp cắt lớp vi tính vùng cổ để xác định vị trí, kích thước, mật độ vùng thanh quản bị dính cũng như tình trạng tuyến giáp lạc chỗ.
- Làm bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

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 tình trạng hô hấp, chấn thương sọ hộp đi kèm, các dị tật bẩm sinh (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.

Nếu người bệnh khó thở cần được mở khí quản trước khi làm phẫu thuật.

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

3.3. Kỹ thuật

- Người bệnh được gây mê nội khí quản hoặc tiền mê và gây tê tại chỗ.
- Dùng ống soi thanh quản có giá treo (Karlz - Storz) bộc lộ thanh quản sát tận mép trước, đánh giá tổn thương.
- Dùng kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu cắt bỏ màng dính ở sát bờ tự do hai bên dây thanh từ sau ra tới tận mép trước.
- Cắt phẳng sát bờ tự do.
- Cầm máu kỹ.
- Sử dụng Mitomycin C chấm tại chỗ (trong 5 phút) để chống dính trở lại do tổ chức xơ sẹo.
- Làm sạch tổn thương nơi đã chấm Mitomycin C bằng nước muối 9%.
- Sau 2 tuần soi treo kiểm tra lại, nếu còn dính thì tiếp tục làm nhẵn diện cắt và chấm Mitomycin C theo quy trình như trên.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng khó thở
- Chảy máu.
- Các biến chứng do dùng thuốc Mitomycin C: sốt, giảm bạch cầu, nôn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở: tiêm corticoid tĩnh mạch, mở khí quản (nếu cần ở người bệnh chưa mở khí quản trước phẫu thuật).
- Chảy máu: soi treo cầm máu.
- Các biến chứng do dùng thuốc Mitomycin C: sốt, giảm bạch cầu, nôn. được điều trị theo chuyên khoa.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LIỆT CƠ MỎ THANH QUẢN HAI BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật mở rộng thanh môn bị hẹp do liệt cơ mở hai bên với mục đích giúp người bệnh có thể thở thông qua đường tự nhiên. Thanh môn sau khi mở rộng phải đảm bảo người bệnh có thể thở thông qua đường tự nhiên song nếu mở rộng quá sẽ gây ăn sặc kéo dài kèm theo các rối loạn giọng trầm trọng đôi khi không thể giao tiếp được.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt cơ mở gây:

- Khó thở
- Ngủ ngáy
- Ngừng thở khi ngủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê hay gây tê 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 thanh quản.

2. Phương tiện

Bộ soi treo vi phẫu thanh quản.

Bộ kẹp phẫu tích, kéo vi phẫu thanh quản, laser nếu có.

3. Người bệnh

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

Được mở khí quản (trong trường hợp có khó thở) từ trước khi thực hiện phẫu thuật 6 tháng (thời gian tối thiểu để quan sát sự phục hồi của dây thần kinh chi phối).

4. Hồ sơ bệnh án

Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

Khám nội soi, chụp Xquang cổ nghiêng, phổi thẳng, chụp thực quản cản quang, siêu âm vùng cổ tìm nguyên nhân của liệt cơ mở.

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, Xquang, siêu âm vùng cổ.

2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân, khám thần kinh tìm hiểu các bệnh lý toàn thân và tình trạng liệt các dây thần kinh kèm theo (nếu có).

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây mê qua canuyn 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

– *Cắt dây thanh quản nội soi*

Đặt ống soi treo thanh quản, bộc lộ dây thanh cần cắt.

Tiêm tê vào khoang cạnh thanh môn.

Bóc tách dây thanh khỏi khoang cạnh thanh môn.

Cắt dây thanh:

+ Phía sau ở vị trí chỗ bám vào máu thanh của sụn phễu.

+ Phía trước: tùy vào mức độ hẹp của thanh môn mà cắt một phần hay toàn bộ dây thanh.

Tùy vào mức độ hẹp của thanh môn có thể cắt một hoặc cả hai dây thanh.

Cầm máu kỹ.

– *Các phương pháp khác*: tùy vào trang bị của cơ sở và đào tạo của phẫu thuật viên có thể sử dụng các phương pháp:

+ Cắt sụn phễu một phần hoặc toàn bộ: sử dụng laser rạch niêm mạc, bóc tách bọc lộ sụn phễu rồi cắt bỏ mảnh thanh hoặc gài toàn bộ sụn phễu dưới nội soi, phủ lại niêm mạc.

+ Mở cổ bên, cắt chỗ bám của cơ siết họng dưới bọc lộ xoang lê, sụn phễu, khâu treo sụn phễu ra phía ngoài.

+ Luồn chỉ thép qua buồng Morgagni xuống mặt dưới dây thanh, kéo dây thanh sụn phễu ra phía ngoài áp vào sụn giáp.

VI. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, corticoid 5 ngày.
- Theo dõi khó thở do phù nề, chảy máu vào đường hô hấp.
- Tập ăn, phục hồi chức năng nuốt trong trường hợp ăn sặc.
- Kiểm tra định kỳ hàng tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở do phù nề: corticoid, mở khí quản nếu cần.
- Chảy máu: khi có chảy máu diện cắt không tự cầm.
- Tiếp tục cắt rộng hoặc cắt dây thanh bên đối diện: khi thanh môn chưa đủ rộng hay hẹp tái phát.

PHẪU THUẬT TREO SỤN PHẪU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị liệt nhóm cơ mở thanh quản 2 bên, hai dây thanh liệt ở tư thế khép, gây khó thở. Phẫu thuật này giải quyết cho người bệnh thở tốt nhưng khàn tiếng.

Với các phẫu thuật vi phẫu thuật thanh quản, phẫu thuật bằng Laser CO₂, phẫu thuật này ngày nay ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng Gerhardt do tổn thương trung ương.
- Liệt nhóm cơ mở 2 bên sau phẫu thuật tuyến giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Người bệnh từ chối phẫu thuật, chấp nhận mở khí quản đeo ống thở lâu dài.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp II Tai Mũi Họng

2. Dụng cụ

- 02 dao phẫu thuật lớn và nhỏ.
- 01 ống thông lòng máng bóc tách.
- 01 bay bóc tách thẳng.
- 01 bay bóc tách cong.
- 02 kéo hướng phải và giữa.
- 01 banh khí quản.
- 01 Canuyn khí quản có nòng.
- 01 ống thông lòng máng.
- 02 kìm phẫu tích lớn và nhỏ không có răng.
- 02 kìm phẫu tích lớn và nhỏ có răng.

- 02 kim phẫu tích trung bình có răng và không có răng.
- 02 kim khâu 3 cạnh để khâu sụn.
- 01 kim Reverdin nhỏ.
- 01 kim Reverdin lớn
- 02 banh Faraboeuf.
- 02 móc Ollier
- 04 kim Pean
- Khăn, gạc, bác.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm theo quy định mổ gây mê.
- Khám kỹ về tai, mũi, họng bằng nội soi và chụp X-quang.
- Giải thích kỹ cho người bệnh về kỹ thuật và biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nếu người bệnh có khó thở thanh quản từ độ II trở lên, nên mở khí quản trước.

1. Vô cảm

Gây mê toàn thân, nếu đã mở khí quản, gây mê qua lỗ mở khí quản.

2. Tư thế

- Phẫu thuật viên và phụ mổ thứ nhất đeo nguồn sáng (đèn Clar).
- Người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, vai và gáy được kê gối làm cổ cứng, đầu hơi nghiêng về bên đối diện. Người bệnh đã được mở khí quản hoặc đặt nội khí quản.
- Phẫu thuật viên đứng bên phẫu thuật, phụ mổ đứng đối diện với phẫu thuật viên.
- Phụ 2 đứng giữ đầu và có khi cần kéo banh.

3. Kỹ thuật

- Vùng phẫu thuật được sát trùng bằng cồn iod sau đó lau bằng cồn trong 90⁰.
- Trải khăn phẫu thuật để hở hố phẫu thuật.

Thì 1: Rạch da theo bờ trước cơ ức đòn chũm đường ngang từ ngang tâm xương móng đến sụn nhĩ. Rạch tổ chức dưới da, cơ bám da cổ và cân cổ nông.

Thì 2: Cắt cơ vai móng và buộc các mạch máu và phần lớn là nhánh của động mạch giáp trạng trên.

Thì 3: Giải phóng bờ sau cánh sụn giáp bằng cách cắt cơ siết họng dưới, có thể cắt cơ liên phễu, nhĩ phễu sau.

Thì 4: Bộc lộ bờ sau cánh sụn giáp bằng móc Ollier kéo ra 1 bên.

Thì 5: Cắt khớp nhĩ phễu và giải phóng sụn phễu.

Thì 6: Cố định mấu thanh của sụn phễu vào bờ sau bên cánh sụn giáp bằng chỉ không tiêu.

Thì 7: Khâu phục hồi các bình diện.

Thì 8: Soi lại thanh quản xem treo đã đủ mở rộng chưa (bình thường 3 - 4mm là đủ).

VI. THEO DÕI

- 24 giờ đầu rút dẫn lưu.
- 2 ngày sau thay băng 1 lần.
- Hút đờm dãi.
- Đặt ống thông thực quản dạ dày cho người bệnh ăn, rút ống sonde khi ăn uống tốt.
- Rút canyyn sau khi soi đánh giá thanh môn đã mở đủ rộng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu quanh khớp nhĩ phễu.
- Chảy máu sau phẫu thuật: cầm máu.
- Viêm sụn: dùng kháng sinh liều cao.
- Viêm phế quản phổi: kháng sinh, hút đờm.

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN DƯỚI HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tuyến dưới hàm để điều trị bệnh hoặc mở đường cho phẫu thuật khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tuyến dưới hàm tái phát nhiều lần.
- U tuyến dưới hàm.
- Sỏi tuyến dưới hàm.
- Co thắt (hẹp) ống tuyến sau thủ thuật vùng sàn miệng hoặc sau điều trị tia xạ.
- Mở đường cho các phẫu thuật vùng bên họng, sàn miệng.
- Là một phần trong nạo vét hạch cổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

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

2. Tương đối

- Đang có viêm cấp.
- Người bệnh từ chối phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sỹ 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 phân 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 (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ bởi 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 đỡ 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, dưới bờ hàm dưới 2 khoát ngón tay, từ đầu ngoài thân xương móng tới ngang mức góc hàm bằng Medicain (Octocain) 1%.
- Rạch da qua lớp cơ bám da, bộc lộ lớp sâu của cân cổ nông ở phía ngoài tuyến. Tìm và thắt tĩnh mạch mặt ở bụng sau của cơ nhị thân. Rạch lớp cân phủ mặt ngoài tuyến từ sau ra trước theo bờ dưới của tuyến. Bộc lộ tuyến theo bình diện dưới tĩnh mạch mặt để tránh làm tổn thương nhánh bờ hàm dưới.
- Bộc lộ tuyến ra phía trước, thắt nhánh trước của động mạch mặt. Kéo bụng trước cơ nhị thân và bờ sau cơ cằm móng lên trên, ra trước tìm và thắt ống tuyến.
- Tìm dây thần kinh dưới lưỡi, cắt nhánh thần kinh dưới hàm phía dưới hạch dưới hàm.
- Bộc lộ dây XII ở phía trên trong của bụng trước cơ nhị thân. Tìm và thắt động mạch hàm ngoài ở phía sau dưới tuyến, ngay trên bụng sau cơ nhị thân.
- 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.
- Liệt nhánh bờ hàm dưới của dây VII.

PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN ĐÁY LƯỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ phần lưỡi phía sau V lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư đáy lưỡi nhỏ và vừa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u lan rộng ra ngoài đáy lưỡi hoặc vượt qua đường giữa.
- Ung thư không biệt hoá, lymphome, sarcome.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm trong phẫu thuật đầu cổ, bác sĩ phẫu thuật đầu cổ.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Cưa cắt xương, khoan cưa.
- Bộ cố định xương bằng nẹp vít.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về phẫu thuật cho người bệnh.
- Các xét nghiệm cơ bản, CT scan để đánh giá độ lan rộng cũng như di căn hạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản (có thể mở khí quản).

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối vai, đầu ngửa tối đa và quay về bên lành.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 đứng phía đầu người bệnh.

- Điều dưỡng dụng cụ và bàn dụng cụ ở bên trái phía dưới, đối diện với phẫu thuật viên.

3. Kỹ thuật

Thì 1:

- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

- Nếu có chỉ định nạo vét hạch cổ kết hợp thì rạch tiếp tục dọc bờ trước cơ ức đòn chũm đến giữa xương đòn.

- Bóc tách vạt da bộc lộ trường phẫu thuật hạch cổ và xương hàm dưới.

Thì 2: Nạo vét hạch cổ

- Nạo vét hạch chọn lọc nếu No: nạo vét hạch nhóm I, II và III.

- Nạo vét hạch 2 bên nếu N1, N2, N3.

Thì 3: Cắt xương hàm dưới

Dùng cửa cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm (lưu ý cắt theo hình zic zắc để sau cố định).

Thì 4: Bộc lộ u

Sau khi cắt xương hàm dưới kéo sang 2 bên, thành bên họng được mở để bộc lộ rõ vùng đáy lưỡi và khối u. Chú ý tránh làm tổn thương dây IX, XII.

Thì 5: Cắt u

Dùng dao điện cắt u, ngoài ranh giới u từ 1,5 - 2 cm, đến vị trí sinh thiết tức thì vùng rìa âm tính. Phần khối u phải được cắt liền một khối với tổ chức nạo vét hạch cổ.

Thì 6: Đóng hố phẫu thuật

- Đóng đáy lưỡi theo lớp bằng Vicryl 2.0 hoặc 1.0.

- Khâu ống họng theo lớp bằng Vicryl 4.0 hoặc 3.0.

- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.

- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.

- Đặt ống thông cho ăn.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được theo dõi sát ở phòng hồi sức 24 giờ đầu: chảy máu, mạch, huyết áp.
- Khó thở (nếu không mở khí quản).
- Cho ăn qua ống thông.
- Dẫn lưu: thường rút sau 2 - 3 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở: cho thuốc chống phù nề, có thể phải mở khí quản (nếu chưa mở lúc phẫu thuật).
- Rò nước bọt nhất là sau tia xạ hậu phẫu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Viêm xương hàm dưới.

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt một nửa tuyến giáp cùng với eo giáp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u lành tính một bên tuyến giáp.
- Quá phát tuyến giáp một bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định về ngoại khoa thông thường.
- Basedow và các ung thư tuyến giáp có phẫu thuật riêng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng, bác sĩ phẫu thuật Đầu Cổ có kinh nghiệm phẫu thuật vùng cổ.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật phần mềm vùng cổ.
- Dòng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

3. Người bệnh

Giải thích về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể xảy ra cho người bệnh và gia đình.

4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm thường quy và xét nghiệm chức năng, kích thích, mật độ tuyến giáp.
- Khám thanh quản và đánh giá dây thanh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Đường phẫu thuật: đường ngang rộng rãi cắt đến hết cơ bám da cổ, thường ở lần cổ dưới.
- Các thì:

- + Bóc tách kéo vạt da lên trên ngang tầm xương móng.
- + Cắt cân cổ nông, cổ giữa ở đường trắng giữa theo chiều dọc tùy theo u ở thùy phải hay thùy trái, sau đó vén các cơ ở dưới móng ra ngoài.
- + Bộc lộ eo giáp.
- + Bộc lộ cực trên, thắt các cuống mạch giáp trên.
- + Tìm dây thần kinh quặt ngược để không làm tổn thương nó.
- + Bộc lộ cực dưới và thắt các cuống mạch giáp dưới.
- + Nhận rõ tuyến cận giáp để bảo tồn.
- + Bộc lộ rõ tĩnh mạch giáp giữa, buộc 2 lần.
- + Cắt eo giáp, buộc hoặc khâu cầm máu.
- + Cắt dây chằng Berry để giải phóng toàn bộ thùy giáp.
- + Đóng hố phẫu thuật có đặt dẫn lưu kín.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: theo dõi xem có tụ máu vùng cổ hay không.
- Khó thở.
- Hạ calci máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cầm máu kỹ bằng đông diện lưỡng cực hoặc buộc các mạch trong và sau phẫu thuật.
- Tổn thương dây hồi quy: theo dõi khó thở, khàn tiếng.
- Tổn thương dây thanh quản trên: rối loạn nuốt.
- Lấy mất tuyến cận giáp: làm điện giải đồ, bồi phụ calci.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÚI THỪA ZENKER

I. ĐẠI CƯƠNG

Túi thừa Zenker là những túi thoát vị xuất phát ở vùng hạ họng nằm giữa cơ siết họng và cơ nhẫn hầu (tam giác Killian). Điều trị túi thừa có thể là cắt túi thừa, cắt vách túi thừa thực quản qua nội soi hoặc treo túi thừa lên vị trí cao hơn vị trí cũ để tránh ứ đọng. Các phẫu thuật này có thể kèm thêm phẫu thuật cắt cơ siết họng.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi thừa Zenker chỉ can thiệp phẫu thuật khi có biểu hiện triệu chứng.

- Các tổn thương nhỏ (< 2 cm) ít cần can thiệp phẫu thuật có thể điều trị bằng cắt cơ nhẫn hầu có hoặc không có kèm theo thủ thuật xâm lấn.
- Các tổn thương mức trung bình và lớn (2 - 6 cm) thì phương pháp điều trị tốt nhất mổ hở cắt túi thừa kèm với cắt cơ nhẫn hầu hoặc cắt túi thừa qua nội soi.
- Các tổn thương rất lớn (> 6 cm), phương pháp điều trị tốt nhất là cắt túi thừa kèm với cắt cơ nhẫn hầu hoặc khâu thắt túi với cắt cơ nhẫn hầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng không chịu đựng nổi cuộc phẫu thuật và các bệnh lý kèm theo như bệnh Parkinson.
- Hạn chế dùng phương pháp nội soi ở những người bệnh khít hàm hoặc cứng khớp cổ.
- Đang viêm túi thừa.

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 cổ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ống mềm.
- Bộ soi treo túi thừa.

- Kẹp (stapler).

3. Phương pháp

Nên thực hiện phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

4. Người bệnh

4.1. Cận lâm sàng

- Khám và nội soi tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu, đông máu cơ bản.
 - + Sinh hóa máu gồm đường huyết, chức năng gan, chức năng thận.
- Xquang thực quản (uống Barrium).
- Nội soi họng thực quản ống mềm.
- Manometry: giúp xác định bệnh học của túi thừa và ít khi thực hiện trên những người bệnh được chẩn đoán xác định túi thừa Zenker.

4.2. Chuẩn bị người bệnh

- Khám trước mổ: bác sĩ gây mê hồi sức.
- Giải thích cho người bệnh và người thân về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.
- Phải điều trị viêm nhiễm ở túi thừa trước và hút các chất ứ đọng qua nội soi thực quản.
- Người bệnh được chỉ dẫn một chế độ ăn lỏng hai ngày trước mổ để cho túi thừa trống.

5. Hồ sơ bệnh án: theo như quy định chung.

6. Chọn phương pháp điều trị phẫu thuật

- Mổ hở:
 - + Chỉ cắt cơ nhắt hầu.
 - + Cắt túi thừa cắt cơ nhắt hầu.
 - + Treo túi + cắt cơ nhắt hầu.
- Mổ nội soi:
 - + Cắt bằng nhiệt (monopolar).
 - + Cắt bằng laser.
 - + Dùng kẹp (stapler).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật dưới sự gây mê toàn thân qua đường tự nhiên.

4. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, được gối vai để cổ thẳng.

5. Kỹ thuật

5.1. Phương pháp mổ hở

+ Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm hoặc đường ngang cổ cách xương đòn 2-3 khoát ngón tay.

+ Vén cơ ức đòn chũm ra ngoài (xa đường giữa) và cắt cơ vai móng (cột 2 đầu bằng silk 1.0).

+ Bộc lộ rõ mạc bao khí quản, thực quản và tuyến giáp ở phía trong bao cảnh. Dùng kéo Metzenbaum cắt mạc này.

+ Bóc tách từng lớp nhìn thấy mặt sau của thực quản và họng. Nếu có dính do viêm nhiễm và khó phân biệt cấu trúc, thì dùng một ống cao su đặt xuống thực quản và bơm nhẹ nhàng không khí hoặc nước (50 ml) để làm căng phòng túi thừa.

+ Tách túi thừa ra khỏi vùng cổ và di động.

+ Cẩn thận dây thần kinh hồi qui và sau đó thắt túi thừa.

+ Có thể cắt cơ nhĩ hầu (tùy theo kích thước của túi thừa).

+ Nhiều phẫu thuật viên bây giờ đặt một endostapler GIA hoặc TA qua cổ của túi thừa sau đó cắt ngang qua túi.

+ Khâu treo bằng chỉ Vicryl hoặc silk ở vị trí 3 giờ và 9 giờ, sau đó cắt túi bằng dao.

+ Đặt ống Levin vào thực quản để khi đóng tránh làm hẹp lòng.

+ Khâu thực quản 2 lớp, lớp niêm mạc phía trong thực quản khâu mũi đơn với chỉ tan chậm 4.0 và nút chỉ ra ngoài.

+ Khâu lớp ngoài giữa cơ siết họng dưới và cơ nhĩ hầu bằng chỉ 4.0.

+ Đặt ống dẫn lưu.

+ Khâu cơ vai móng và cơ bám da cổ bằng chỉ 2.0.

+ Khâu dưới da.

5.2. Mổ nội soi

Các bước phẫu thuật qua nội soi.

Soi treo, qua nội soi nhìn thấy rõ hành giữa túi thừa và thực quản.

Qua nội soi dùng laser hoặc kẹp (stapler) hoặc cắt đốt bằng monopolar để cắt vách giữa túi thừa và thực quản (cắt cơ nhấn hầu).

Cầm máu

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

1. Mổ hở

- Dùng kháng sinh sau mổ.
- Người bệnh không ăn bằng miệng ít nhất là 3 ngày, nuôi ăn qua ống Levin và dịch truyền.
- Thường rút dẫn lưu cổ vào ngày thứ 2.
- Khi người bệnh ăn bằng miệng (ăn từ lỏng đến đặc).
- Chăm sóc vết thương.

2. Mổ nội soi

- Dùng kháng sinh trong 24 giờ đầu.
- Theo dõi chảy máu trong 24 giờ đầu.
- Người bệnh ăn từ lỏng cho đến đặc.

VII. TAI BIẾN

- Viêm phổi hít và tất cả các biến chứng của viêm phổi.
- Ung thư của túi thừa.
- Loét và chảy máu của túi thừa (chú ý người bệnh dùng aspirin kéo dài).
- Thủng túi thừa:
 - + Tràn khí trung thất.
 - + Viêm trung thất.
- Tai biến phẫu thuật: chảy máu, thủng vào trung thất, tổn thương thần kinh.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN BẰNG ĐẶT ỐNG NONG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh khí quản bằng ống nong là một phương pháp điều trị tái phục hồi thanh khí quản bằng cách đặt một ống nong liên tục vào lòng của thanh khí quản qua đường tự nhiên, đường mở khí quản hoặc kết hợp cả hai đường trên sau khi cắt mô sùì hẹp nhằm đạt được một khẩu độ của thanh khí quản thích hợp sau một khoảng thời gian xác định.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp nặng tầng thanh môn.
- Sẹo hẹp nặng không hoàn toàn thanh môn, hạ thanh môn.
- Sẹo hẹp nặng khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Vì bất cứ nguyên nhân nào có thể gây nên nguy hiểm việc hô hấp bằng đường tự nhiên.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như bệnh phổi mạn tính suy hô hấp, mất não (đời sống thực vật), suy thận giai đoạn cuối, bệnh lý về máu.

2. Tương đối

- Trên những người bệnh không thể lấy ống nong ra được một cách dễ dàng và nhanh chóng.
- Người bệnh không thể mang ống nong đủ thời gian đảm bảo mô sẹo ổn định và hồi phục niêm mạc trong lòng thanh khí quản.

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 chỉnh hình thanh khí quản.

2. Phương tiện

- Bộ ống nội soi thanh khí quản.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi thanh khí quản cần thiết.
- Bộ dụng cụ mở khí quản.
- Ống nong thanh khí quản bao gồm các kiểu, các kích cỡ và ống giúp nong giãn thanh khí quản ở đoạn hẹp.

3. Phương pháp

Nên thực hiện phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

4. Người bệnh

- Khám và nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu, đông máu cơ bản.
 - + Sinh hóa máu gồm đường huyết, chức năng gan, chức năng thận.
- Đo chức năng hô hấp.
- Nội soi thanh khí quản gián tiếp hoặc trực tiếp.
- Khảo sát CT scan vùng cổ ngực và có tái tạo cây thanh khí quản (nếu có điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ bởi bác sĩ gây mê hồi sức.
- Giải thích cho người bệnh và người thân về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

5. 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. Chọn ống nong và phương pháp điều trị sẹp hẹp thanh khí quản

3.1. Ống nong

Hiện nay có rất nhiều loại ống nong giúp điều trị sẹp hẹp thanh khí quản.

- Tuy nhiên, các loại ống nong phải đạt tiêu chuẩn sau:
 - + Không quá cứng, có độ đàn hồi không dính vào niêm mạc thanh khí quản.
 - + Để lâu trong lòng thanh khí quản được, không gây nên phản ứng viêm.
 - + Đảm bảo không thay đổi tính chất hóa lý trong thời gian sử dụng.

+ Có khả năng đảm bảo cho nong rộng vị trí hẹp và niêm mạc tái phục hồi nhanh và hoàn toàn.

– Bên cạnh đó, tùy vào vị trí hẹp bác sĩ chuyên khoa sẽ chọn ống nong thích hợp:

+ Hẹp thanh môn: Froin, Keel.

+ Hẹp hạ thanh môn: ống nong Aboulker, ống T.

+ Hẹp hạ thanh môn: ống T, Dumon, ống nong Metalic (của Boston).

3.2. Chọn các phương pháp điều trị hẹp thanh khí quản bằng ống nong từ phương pháp ít xâm lấn đến xâm lấn

– Nội soi (vi phẫu thanh quản hoặc dùng laser cắt sùi hay sẹo hẹp, nong vị trí hẹp).

– Nội soi với đặt ống nong:

+ Ống T.

+ Đặt ống nong trong lòng thanh khí quản (Dumon, Wall).

– Phương pháp mổ hở:

+ Cắt mô sẹo hẹp.

+ Tạo hình thanh khí quản bằng ghép sụn.

+ Đặt ống nong.

4. Vô cảm

Phẫu thuật dưới sự gây mê toàn thân qua đường tự nhiên hoặc đường mổ khí quản.

5. Tư thế

– Người bệnh nằm ngửa, có gối vai, cổ ngửa thẳng.

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

6. Kỹ thuật

– Mở khí quản (khi có chỉ định).

– Cắt mô sùi, mô sẹo trong lòng thanh khí quản qua đường tự nhiên hoặc mổ khí quản.

– Nong thanh khí quản ở vị trí hẹp (khi cần).

– Đặt ống nong khí quản qua đường tự nhiên hoặc đường mổ khí quản hoặc kết hợp cả hai đường (có thể chỉnh hình thanh khí quản kèm theo tùy vào tổn thương sẹo hẹp).

– Kiểm tra sự thông thoáng của đường thở qua lỗ tự nhiên hoặc qua lỗ mở khí quản.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

– Ống nong chỉ sử dụng cho phép lành niêm mạc hay cho phép mảnh ghép dính, thì ống nong có thể lấy ra trong 2 - 3 tuần.

– Nếu ống nong được sử dụng như nẹp cố định thì nó có thể đặt trong lòng thanh khí 6 - 8 tuần.

– Đặt ống nong để thời gian dài (có thể hơn 12 tháng) thì cần thiết nếu khung sụn thanh khí quản thiếu và hình thành sẹo xung quanh ống nong.

VII. TAI BIẾN

– Stent được thiết kế để nâng đỡ mô và ngăn ngừa sụp. Sử dụng ống nong không phải không có vấn đề:

+ Nhiễm trùng tại chỗ.

+ Loét niêm mạc.

+ Hình thành mô hạt.

– Tuy nhiên, những biến chứng này liên quan đến thời gian sử dụng. Vì vậy, nó có thể chỉ sử dụng nếu thật sự cần thiết và thời gian đặt tối thiểu.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN BẰNG MẢNH GHÉP SỤN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo hình lại thanh khí quản bằng phương pháp ghép sụn tự thân như sụn sườn, sụn vành tai để làm rộng lòng ống thở trong các bệnh lý hẹp, sẹo hẹp thanh khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp hạ thanh môn nặng (mức độ mottton III, IV).
- Thất bại của phẫu thuật cắt nối khí quản tận tận trong chỉnh hình sẹo hẹp.
- Tổn thương khí quản đoạn dài trên 4 cm.
- Tổn thương khí quản ở thành trước, sau khí quản.
- Sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lớn tại khí quản.
- Nhuyễn sụn khí quản mức độ nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mắc các bệnh toàn thân nặng như tiểu đường, tim mạch, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên và người phụ.

- Phẫu thuật viên đứng ở bên phải người bệnh.
- Người phụ đứng ở bên đối diện.

2. Người bệnh

Nằm ngửa có gối kê vai.

3. Phương tiện

- Dao mổ lưỡi 20 và 15.
- Kéo thẳng, kéo sim.
- Kẹp phẫu tích cầm máu.
- Farabeauf nhỏ: 2 chiếc.

- Bay bóc tách cỡ to và nhỏ.
- Kẹp phẫu tích có máu và không có máu.
- Kim kẹp kim loại to và nhỏ.
- Ống hút cỡ to và nhỏ.
- Chỉ tiêu (Vicryl 1.0 đến 5.0).
- Bộ nội soi thanh khí quản và optic.
- Ống nong thanh khí quản.
- Kim lóc màng sụn sườn.
- Canula khí quản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Mở khí quản trung bình (nếu người bệnh chưa được mở khí quản).

Thì 2: Lấy sụn sườn số 8, 9 ở phía bên phải.

- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 6%.
- Rạch da dọc trên bề mặt lưng xương sườn số 8,9 khoảng 6 cm.
- Cắt màng sụn dọc bờ tự do của sụn sườn.
- Dùng bay bóc tách và lóc màng sụn mặt sau ra khỏi sụn sườn, giữ lại màng sụn ở phía trước.
- Tiến hành cắt sụn sườn có độ dài theo đoạn định tiến hành ghép.
- Kiểm tra có thủng màng phổi tại nơi lấy sụn sườn không.
- Đóng lại hố mổ và đặt dẫn lưu kín.
- Tiến hành gọt sụn sườn vừa lấy được thành hình chêm.

Thì 3:

- Rạch da ngang qua nếp lằn cổ.
- Bộc lộ trực thanh khí quản.
 - + Phía trên đến bờ trên sụn giáp.
 - + Phía dưới có thể xuống lỗ mở khí quản.
- Có thể cắt tổ chức xơ, sùi trong lòng khí quản nếu có.
- Bỏ sụn nhẵn ở mặt sau trong trường hợp cần ghép cả mặt sau sụn nhẵn
- Đặt mảnh ghép hình chêm ở giữa hai mép sụn thanh khí quản đã bỏ ở mặt trước hoặc mặt sau, mặt có màng sụn quay vào trong lòng của đường thở.
- Khâu mép sụn ghép với sụn thanh khí quản.

- Đóng lại hố mổ theo các lớp giải phẫu.

Có thể tiến hành đặt ống nội khí quản theo đường mũi, hoặc đặt ống nong kiểu ống chữ T hoặc Albouker (chú ý kích cỡ ống nong phải nhỏ hơn lòng đường thở).

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Đặt sonde dạ dày cho người bệnh và theo dõi ống dẫn lưu kín.
- Nghe phổi và chụp phổi định kỳ để kiểm tra.
- Hút đờm dãi, thở “xy”.
- Cho thuốc kháng sinh, chống viêm, chống trào ngược.
- Thay băng hàng ngày.
- Rút ống nong vào ngày thứ 7 (nếu ống nong là ống nội khí quản), ống nong loại khác có thể để lâu hơn.

2. Xử trí

- Nếu có thủng màng phổi: phải hút liên tục.
- Chảy máu: mở lại vết mổ để cầm máu.
- Nhiễm trùng thải trừ mảnh ghép: mổ lại để lấy bỏ mảnh ghép đi.
- Sẹo hẹp tái phát.

NỐI KHÍ QUẢN TẬN - TẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nối khí quản tận - tận là phẫu thuật cắt bỏ phần khí quản bị hẹp và nối 2 đầu khí quản lành để làm thông đường thở.

Nối khí quản đánh giá được:

- Thanh quản bình thường, dây thanh di động tốt, thanh môn mở rộng.
- Khí quản tổn thương không quá dài (tối đa không quá chiều dài khí quản), không quá sâu.
- Có ba loại miệng nối khi cắt nối khí quản tận - tận gồm nối khí quản sụn nhẵn, nối khí quản sụn giáp, nối khí quản - khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp khí quản có tổn thương cung sụn khí quản.
- U khí quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Khí quản bị hẹp trên 50% chiều dài.
- Tổn thương thanh quản kèm theo.
- Người bệnh cần thở máy hỗ trợ (mắc các bệnh nội khoa nặng, ví dụ như: tai biến mạch máu não, đái đường tiến triển, tim mạch nặng..).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng đã được đào tạo về lĩnh vực này, có kinh nghiệm về phẫu thuật cũng như xử trí tai biến nếu có.

2. Phương tiện

Phẫu thuật được tiến hành tại các cơ sở có phòng phẫu thuật từ tuyến tỉnh trở lên.

3. Người bệnh

– Khám xét kỹ người bệnh trước phẫu thuật về toàn thân để loại trừ các bệnh nặng về nội khoa, ngoại khoa như cơn hen phế quản, tai biến mạch máu não, các chấn thương kèm theo v.v

Khám thanh quản, khí quản để đánh giá tổn thương thanh quản, tổn thương khí quản bằng soi gián tiếp hoặc soi trực tiếp, chụp phim thanh quản thẳng, nghiêng. Chụp CT scan thanh khí quản.

– Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật này, các tai biến có thể xảy ra và yêu cầu sự hợp tác của người bệnh và gia đình sau phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê toàn thân bằng đặt nội khí quản qua lỗ mở khí quản.

2. Kỹ thuật

– Đặt một ống nội khí quản khác qua đường mũi đến ngang đầu trên chỗ hẹp khí quản để chờ.

– Tư thế người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa tối đa.

Thì 1:

– Đặt ống nội khí quản thứ 2 qua mũi hòng thanh quản khí quản tới chỗ hẹp của khí quản

– Rạch da: đường rạch da thông dụng là đường chữ U từ bờ trước cơ ức đòn chũm hai bên đến lỗ mở khí quản.

– Bộc lộ toàn bộ sụn thanh khí quản.

Thì 2:

– Bộc lộ toàn bộ trục thanh khí quản ở đường giữa.

– Bóc tách mở rộng sang 2 bên trục thanh khí quản.

– Bóc trục thanh khí quản ở thành sau và giải phóng toàn bộ đoạn hẹp thanh khí quản, chú ý đến vùng đã mở khí quản cũng cần bóc lộ rộng hai bên cũng như lên trên và xuống dưới đoạn hẹp.

– Nếu đoạn hẹp cả ở vùng lỗ mở khí quản thì giải phóng đoạn khí quản trên và dưới lỗ mở khí quản.

– Đánh giá lại chính xác độ dài chỗ hẹp bằng thước đo và số vòng sụn bị tổn thương.

Thì 3:

- Cắt bỏ đoạn hẹp khí quản đến tận mép của khí quản bình thường.
- Cắt cơ dưới móng có thể cả trên móng để kéo thanh quản xuống dưới.

Thì 4:

– Giải phóng trực khí quản ở đầu trên và dưới chỗ đã cắt bỏ, đoạn dưới chỗ hẹp để kéo khí quản lên.

- Để đầu người bệnh cúi xuống (người bệnh gập cổ).
- Khâu nối tận tận hai đầu khí quản lành ở mặt sau và mặt bên (kéo sát lại 2 đầu khí quản lành).
- Ống nội khí quản qua đường mũi được đưa xuống thay cho ống đặt ở lỗ mở khí quản, tiếp tục gây mê cho người bệnh.

- Khâu khí quản mặt trước.

Thì 5: Phục hồi bình diện giải phẫu:

- * Khâu lại các bình diện phía trước và đặt dẫn lưu. Yêu cầu kỹ thuật:
 - Phải cắt hết tổ chức sẹo hẹp để tránh tái phát.
 - Chỗ khâu không được căng quá dễ bị bục, khâu cố định cầm ngực để đầu người bệnh ở tư thế cúi tối đa trong 3 tuần.
 - Không làm tổn thương đến dây hồi quy.
- * Nếu cần mở lồng ngực để kéo khí quản lên cần phối hợp với bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực.

VI. THEO DÕI**1. Trong phẫu thuật**

Kiểm tra bóng ống nội khí quản để tránh máu xuống phổi, không bơm bóng quá căng trong thời gian dài để tránh làm tổn thương niêm mạc. Luôn luôn tránh tổn thương dây thần kinh, mạch máu.

2. Sau phẫu thuật

- Cho ăn bằng ống thông dạ dày trong 10 ngày.
- Có thể rút ống nội khí quản sớm (trong vòng 24 giờ - 48 giờ) với điều kiện đánh giá được hoạt động dây thần kinh bằng ống soi mềm.
- Theo dõi khó thở sát sao trong tuần đầu để phát hiện phù nề đường thở, bục chỗ nối, bong niêm mạc khí quản để kịp thời xử trí.
- Kháng sinh liều cao kéo dài khoảng 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Khó thở:

- Do phù nề hạ thanh môn, dùng corticoid.
- Do liệt một bên dây thanh: theo dõi.
- Do liệt hai bên thần kinh hồi quy: mở khí quản lại.
- Do bực chỗ nối: trường hợp này rất nặng, có nguy cơ khí quản tụt vào lồng ngực. Cần phát hiện sớm để có thể cố định khí quản kéo lên. Mở khí quản hay đặt ống chữ T.

PHẪU THUẬT KHỐI U KHOẢNG BÊN HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khối u khoảng bên họng là những u phát sinh và phát triển ở trong cấu trúc giải phẫu của khoảng bên họng. Bản chất u có thể lành tính (u xơ thần kinh, tuyến nước bọt, u cuộn cảnh, u dạng nang), khối u cũng có thể ác tính (tuyến nước bọt, hạch di căn, ung thư biểu mô, sarcoma). U khoảng bên họng gặp không nhiều, nhưng lại rất quan trọng vì vị trí giải phẫu bao quanh trực mạch máu thần kinh cổ và vùng đáy sọ.

Phẫu thuật khối u khoảng bên họng là một phẫu thuật nhằm mở rộng đường vào và phẫu trường của khoảng bên họng để bóc tách, cắt bỏ khối u, hồi phục lại cấu trúc của nó.

Có nhiều đường vào khoảng bên họng, như đường họng miệng, đường bờ trước và sau cơ ức đòn chũm. Nhưng an toàn, được áp dụng nhiều nhất và có thể bộc lộ hết để cắt bỏ triệt để khối u ở khoảng bên họng đó là đường cổ bên (Sebileau-Carrega). Chính vì vậy, bài viết sẽ đề cập về phương pháp mổ theo đường vào mở cổ bên.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u của khoảng bên họng lành và ác tính: khối u của thùy sâu tuyến mang tai, u xơ, u xơ thần kinh, u nang, u hạch, u máu, u cuộn cảnh, ung thư di căn hạch khoảng bên họng và hạch Cuneo-Krause (vùng lỗ tách sau), u bào thai, sarcoma cơ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các khối u đã phá hủy đáy sọ, đã xâm lấn trực mạch, lỗ rách sau.
- Những người bệnh có các bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, tim mạch huyết áp (không tuyệt đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên.

- Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng chuyên sâu về phẫu thuật ung bướu đầu cổ, đã được đào tạo và có kinh nghiệm phụ mổ, mổ về khoảng bên họng, mạch máu vùng đầu cổ.

– Cần 2 đến 3 bác sĩ phụ mổ cũng đã được hướng dẫn đào tạo về phụ mổ vùng đầu cổ.

- Ê kíp gây mê và hồi sức: gồm bác sĩ, kỹ thuật viên, điều dưỡng và dụng cụ viên.

2. Phương tiện

Tên, số lượng của thiết bị, dụng cụ, vật tư tiêu hao (định hướng, ước lượng).

- Bộ phẫu thuật đầu cổ.
- Chỉ Vicryl khâu mạch máu. Kẹp cầm máu Agraffe.
- Dẫn lưu kín.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích, ưu nhược điểm của phẫu thuật, ký giấy mổ.
- Người bệnh được chụp CT scan chẩn đoán, chụp mạch và tắc mạch số hóa xóa nền (nếu cần) vừa chẩn đoán và làm giảm thiểu chảy máu khi mổ.
- Giải thích kỹ về truyền máu, liệt dây VII, dò chảy dịch não tủy, liệt dây thần kinh sọ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Chuẩn bị đầy đủ như một bệnh án phẫu thuật ngoại khoa tai mũi họng.
- Chuẩn bị sẵn sàng về nhóm máu, dự kiến số lượng máu mất cần phải bù để có thể truyền cấp cứu.
- Người bệnh phải ký giấy mổ và được giải thích về cả truyền máu và người nhà cho máu nếu cần.
- Cũng cần phải giải thích cho người bệnh và người nhà về mở khí quản khi cần trong các tai biến chảy máu nhiều hoặc để dự phòng chảy máu nhiều khi mổ, để hồi sức tốt và nắm chắc đường thở.

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

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da theo đường cổ bên đi từ ngang tầm sau góc hàm áp dụng cho khối u khu trú ở phần thấp (cực giữa và dưới) của khoảng bên họng, Rạch theo đường Sebilleau-Carrega nếu u khu trú cao - cực trên và nằm sâu của khoảng.

Thì 2: Bóc tách cân cổ nông và cân cổ giữa dọc theo đường rạch da để vào máng cảnh chú ý phải buộc và thắt các nhánh của hệ tĩnh mạch cảnh ngoài.

Thì 3: Tìm và thắt tĩnh mạch mặt, phải tìm được tĩnh mạch cảnh ngoài, dây 12 và tĩnh mạch mặt (tam giác Faraboeuf), nhằm mở rộng đường vào vùng tuyến dưới hàm.

Thì 4: Cắt bỏ tuyến dưới hàm để mở rộng đường vào cực dưới khoảng bên họng. Bóc tách bao tuyến dưới hàm, thắt và cắt bỏ ống tuyến và tuyến.

Thì 5: Bóc tách qua cân cổ sâu và giữa để bộc lộ bao khối u của khoảng bên họng. Chú ý cầm máu tốt mạch nuôi dưỡng vỏ bao bằng đông điện lưỡng cực. Cũng cần chú ý đến cực trên khối u thường dính vào cân, màng xương đáy sọ, hoặc vùng vịnh cảnh. Bóc tách có thể thực hiện bằng tay, bay, kẹp phẫu tích không máu. Các khối u như u nang, u xơ thần kinh, u đặc, u tuyến nước bọt, hạch thường ít dính. Nhưng u cuộn cảnh sẽ phải rất thận trọng vừa tách vừa đông điện để cắt rời u khỏi vỏ bao mạch, thần kinh. Cũng phải chú ý khi u to dính sát niêm mạc họng rất dễ rách thủng vào họng. Khi u đã được tách rời sẽ lấy ra dễ dàng, hốc mổ khá rộng.

Thì 6: Kiểm tra hốc mổ, cầm máu kỹ, đặt gelaspon nếu cần. Đặt dẫn lưu kín. Và đóng kín hốc mổ bằng 2 hoặc 3 lớp gồm cân cổ sâu, cơ, dưới da và da. Băng ép nhẹ vùng sau góc hàm và cổ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi

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

2. Săn sóc hậu phẫu

Trong thời gian còn đặt dẫn lưu (thường trong vòng 48 giờ).

3. Rút dẫn lưu

Sau 48 giờ, sau khi đã kiểm tra hút sạch dẫn lưu.

4. Chăm sóc hàng ngày

Sau rút hết bác mũi: theo dõi chảy máu, cho thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm phù nề.

5. Ra viện

Cắt chỉ sau 7 ngày, khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến về gây mê

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

2. Tai biến chảy máu

Có thể do động mạch nhỏ quanh bao khối u. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám. Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u. Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết. Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp, của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

3. Tai biến liệt dây thần kinh của đám rối họng, dây X

4. Dò dịch não tủy

Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ, khối u đã phá hủy xương đáy sọ. Các trường hợp dò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hở đáy sọ.

PHẪU THUẬT SINH THIẾT HẠCH CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sinh thiết hạch cổ là phẫu thuật bóc lấy một phần hoặc toàn bộ một hạch điển hình vùng cổ để làm giải phẫu bệnh. Bên cạnh chọc hút hạch bằng kim nhỏ thì sinh thiết hạch cổ là một phẫu thuật giúp chẩn đoán bệnh lý viêm và hình ảnh tổ chức học của hạch, nếu là u thì lành hay ác tính, nguyên phát hay di căn từ cơ quan nào, bộ phận nào của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hạch sưng ở vùng cổ ở bất kỳ vị trí nào, mới, to hay nhỏ, di động hay cố định, đau hay không, chưa rõ ràng bản chất của hạch.
- Hạch ở vùng cổ không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Sinh thiết hạch nhằm chẩn đoán hạch viêm, u lành hay ác tính, di căn từ lĩnh vực đầu, mặt, cổ hay từ đâu đến.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các thủ thuật ngoại khoa chung như bệnh về máu, đang bị bệnh cấp tính, bệnh mạn tính đang tiến triển nặng, cũng có thể chỉ trì hoãn sinh thiết trong trường hợp người bệnh quá yếu không chịu đựng được phẫu thuật do bệnh lý nào đó như bệnh chuyển hóa, bệnh hệ thống, suy mòn vì ung thư...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng như chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về phẫu thuật sinh thiết.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật sinh thiết hạch như dao, kéo, kẹp cầm máu, kim chỉ, bông băng, cồn gạc.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000).

3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám hạch tại chỗ cần làm phẫu thuật, làm xét nghiệm đầy đủ:
 - + Công thức máu.
 - + Đông máu cơ bản.

- Siêu âm vùng cổ và vị trí hạch, nếu có điều kiện chụp phim cắt lớp vi tính vùng cổ khi cần.
- Khám trước phẫu thuật, nếu người bệnh có những bệnh lý nặng như tim mạch, gan, thận thì phải có ý kiến của bác sĩ gây mê và hội chẩn bác sĩ chuyên khoa trước khi làm 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 săn 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 sinh thiết hạch cổ có thể tiến hành dưới gây tê tại chỗ hay gây mê toàn thân, trẻ em dưới 10 tuổi và người bệnh quá nhút nhát nên gây mê.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, cổ hơi nghiêng về bên đối diện với bên cần sinh thiết, có gối kê dưới cổ để nổi rõ vùng hạch cần sinh thiết.
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện phẫu thuật viên và phía trên đầu người bệnh.

5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng cổ cần sinh thiết hạch.
- Tiêm thuốc tê lidocain có pha thêm adrenalin pha loãng (1/10.000) để có hiệu quả vừa giảm cảm giác đau và hạn chế chảy máu tại chỗ trong quá trình phẫu thuật.
- Dùng dao số 15 hay 11 rạch da trên vùng hạch, bộc lộ hạch cần sinh thiết, cầm máu cẩn thận. Nên rạch theo nếp lằn cổ để hạn chế sẹo xấu.
- Dùng kéo hay dụng cụ bóc tách để lấy toàn bộ khối hạch.
- Đặt dẫn lưu hố mổ hoặc không tùy từng trường hợp cụ thể.
- Khâu da 2 hay 3 lớp.
- Cẩn thận trọng khi bóc tách khối u ở các vị trí gần mạch máu lớn vùng cổ hay thần kinh, đặc biệt khi hạch cổ đã dính vào tổ chức lân cận.

– Lấy được hạch có thể gửi khoa giải phẫu bệnh xét nghiệm trả lời ngay (sinh thiết tươi) nếu không có điều kiện trả lời ngay phải giữ bệnh phẩm vào dung dịch formol 10% để bệnh phẩm không bị hỏng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Băng ép vô trùng vết mổ.
- Thay băng hằng ngày.
- Cắt chỉ sau 6 - 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu có thể xảy ra trong trường hợp hạch nằm gần mạch máu hay dính vào mạch máu: cần thao tác và khâu buộc mạch máu cẩn thận.
- Tụ máu: có thể banh vết mổ để lấy khối máu tụ sau đó băng ép.
- Tổn thương các dây thần kinh vùng cổ: cần bóc tách các hạch cẩn thận, tránh các dây thần kinh vùng cổ.

NẠO VẾT HẠCH CỔ CHỨC NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Nạo vết hạch cổ chức năng là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các hạch bạch huyết mức I, II, III vùng trên cơ vai móng. Nạo vết hạch cổ thường được thực hiện trước cắt bỏ khối u nguyên phát vùng Tai Mũi Họng và đầu mặt cổ, trong cùng một lần gây mê phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Nạo vết hạch cổ chức năng được chỉ định cho các trường hợp chưa có hạch cổ to hoặc hạch cổ di căn do ung thư đường tiêu hóa hô hấp trên có kích thước dưới 3 cm (N1).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Như các phẫu thuật ngoại khoa và ở bài ung thư thanh quản. Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, các phẫu thuật viên đã làm thành thạo về các phẫu thuật ung thư đầu cổ. Kíp mổ gồm 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 kỹ thuật viên dụng cụ.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật cho vùng đầu cổ (cần thêm dao điện, đông điện lưỡng cực).

3. Người bệnh

Như hồ sơ mổ ung thư vùng đầu cổ, thanh quản.

4. Hồ sơ bệnh án

Như hồ sơ mổ ung thư vùng đầu cổ, thanh quản. Cần có kết quả siêu âm vùng cổ, và chụp CT scan để đánh giá mức độ thâm nhiễm, dính vào động tĩnh mạch cảnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các xét nghiệm, bệnh án như các thủ tục ngoại khoa.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra giải thích cho người bệnh về mục đích và các tai biến của phẫu thuật.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da hình chữ U liên mồm chũm 2 bên

Nếu có cắt bỏ cả thanh quản, hạ họng (như trong cắt bỏ thanh quản toàn phần). Hoặc đường rạch chữ L.

Thì 2: Phẫu tích giới hạn trước

Nhằm giải phóng vùng dưới móng. Thì này được thực hiện đi từ đường trắng giữa ở ngang tầm nhẫn giáp lên trên móng, và bộc lộ vùng bờ dưới cơ nhị thân trước - cho tới góc hàm.

Lấy bỏ màng tổ chức liên kết- hạch vùng mặt trước xương móng. Ở thì này thường phải thắt tĩnh mạch cảnh trước. Phẫu tích bộc lộ động tĩnh mạch mặt (có thể thắt), bảo tồn dây XII, dây lưỡi. Giới hạn trước cho phép lấy bỏ tổ chức liên kết - Hạch của vùng dưới móng, trên móng.

Thì 3: Phẫu tích vùng cảnh nhị thân và dây XI

Phẫu tích vào vùng dưới mồm chũm. Phẫu tích lớp mỡ tìm dây XI, và tĩnh mạch cảnh trong, phẫu tích tách rời khỏi dây X và động mạch cảnh trong. Vùng này cho phép lấy bỏ tổ chức liên kết hạch vùng cảnh nhị thân. Đến đây đã cho phép nạo vét vùng tam giác cổ trước, cả vùng cảnh nhị thân. Lấy bỏ một khối lớn tổ chức liên kết, mỡ, hạch từ vùng cảnh nhị thân phía sau, vùng dưới hàm ở phía trước, từ dưới bụng sau cơ nhị thân, từ trên xuống dưới dọc theo trục tĩnh mạch cảnh trong, cùng cả tĩnh mạch và cơ ức đòn chũm. Tiếp tục phẫu tích xuống dưới vùng trên cơ vai móng.

Thì 4: Phẫu tích vùng trên cơ vai móng

Dọc máng cảnh phẫu tích xuống đến cơ vai móng. Phẫu tích xuống dưới, tách rời và bảo tồn tĩnh mạch cảnh trong khỏi dây X và động mạch cảnh trong, bộc lộ cả phía sau là tĩnh mạch, động mạch cổ ngang. Phẫu trường cho phép bộc lộ, phẫu tích, lấy bỏ, mỡ - hạch vùng trên cơ vai móng lên vùng cảnh nhị thân (mức I,II,III). Nạo vét hạch cổ chũm năng sẽ bảo tồn toàn bộ các mốc giải phẫu quan trọng là tĩnh mạch cảnh trong, cơ ức đòn chũm và các dây thần kinh.

Thì 5: Phục hồi hố mổ

Kiểm tra cầm máu kỹ càng, đặt dẫn lưu kín đóng hốc mổ bằng 2 bình diện cơ bầm da và da. Băng ép vùng cổ.

VI. THEO DÕI

1. Chảy máu

Nếu sau mổ có dịch hồng ở bình dẫn lưu, giảm dần, sau 48 giờ hay 36 giờ có thể rút dẫn lưu. Khi bị chảy máu thì bình dẫn lưu có toàn máu đỏ tươi, mạch huyết áp tụt, người bệnh chậm tỉnh, hốt hoảng.

2. Dò bạch huyết

Rất ít gặp vì không phẫu tích xuống dưới cơ vai móng.

3. Đau vùng vai

Rất ít gặp trong nạo vét hạch cổ chức năng (thường xuất hiện khi cắt bỏ dây XI).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: chú ý các mép da, nút thắt tĩnh mạch nhỏ, và cả đầu thắt tĩnh mạch cảnh trong.

– Dò bạch huyết: sau thay băng ép mà vẫn tiếp tục chảy dịch trắng, nhiều thì phải mở hốc mổ để kiểm tra lại vùng ống ngực để kẹp và buộc lại.

– Đau vùng vai (thường xuất hiện khi cắt bỏ dây XI): một số trường phái khuyên nên giữ lại nhánh ngoài của dây XI. Nếu kéo dài sau mổ có thể điều trị lý liệu pháp vận động (kinesithérapie).

NẠO VẾT HẠCH CỔ TIẾT CẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo vết hạch cổ tiết cần (cổ điển truyền thống) là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các hạch bạch huyết trải dài từ góc hàm ở trên, xương đòn ở dưới, phía bên là bờ bên cơ ức móng, xương móng, bụng trước cơ nhị thân cho tới bờ trước cơ bậc thang (mức I - V) và nhiều thành phần giải phẫu quan trọng đó là cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây XI ở một bên cổ. Cần bảo tồn động mạch cảnh, dây XI, thần kinh giao cảm, dây hoành, dây XII, các nhánh cảm của dây VII. Nạo vết hạch cổ tiết cần cũng không phải lấy bỏ vùng cằm, vùng tuyến mang tai, khoảng bên họng, khoảng sau họng, trước sống. Nạo vết hạch cổ thường được thực hiện trước cắt bỏ khối u nguyên phát vùng tai mũi họng và đầu mặt cổ, trong cùng một lần gây mê phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Nạo vết hạch cổ tiết cần cổ điển chỉ định cho các trường hợp hạch cổ to di căn do ung thư đường tiêu hóa hô hấp trên có kích thước trên 3 cm (N2a, N2b, N3). Kể cả các hạch cổ di căn nguyên phát.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Như các phẫu thuật ngoại khoa và ở bài ung thư thanh quản, không có chống chỉ định tuyệt đối, trừ trường hợp đã dính vào động mạch cảnh. Nên thận trọng trên các người bệnh cao tuổi (> 70) hoặc có đái đường và cao huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên. Các phẫu thuật viên đã làm thành thạo về các phẫu thuật ung thư đầu cổ. Kíp mổ gồm 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 kỹ thuật viên dụng cụ.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật cho vùng đầu cổ (cần thêm dao điện, đông điện lưỡng cực).

3. Người bệnh

Như hồ sơ mổ ung thư vùng đầu cổ, thanh quản.

4. Hồ sơ bệnh án

Như hồ sơ mổ ung thư vùng đầu cổ, thanh quản. Cần có kết quả siêu âm vùng cổ, và chụp CT scan để đánh giá mức độ thâm nhiễm, dính vào động tĩnh mạch cảnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các xét nghiệm, bệnh án như các thủ tục ngoại khoa .

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra giải thích cho người bệnh về mục đích và các tai biến của phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

Thì 1: Rạch da hình chữ U liên mồm chũm 2 bên

Nếu có cắt bỏ cả thanh quản, hạ họng (như trong cắt bỏ thanh quản toàn phần). Hoặc đường rạch chữ L (có nhiều đường rạch tùy theo từng trường phái và tác giả như Hayes Martin, Morestin, McFree, Sebileau-Carrega, Paul Andre, Guerrier).

Thì 2: Phẫu tích giới hạn trước

Nhằm giải phóng vùng dưới móng. Thì này được thực hiện đi từ đường trắng giữa ở ngang tầm nhắt giáp lên trên móng, và bộc lộ vùng bờ dưới cơ nhị thân trước - cho tới góc hàm.

Lấy bỏ màng tổ chức liên kết - hạch vùng mặt trước xương móng. ở thì này thường phải thắt, cắt bỏ tĩnh mạch cảnh trước, để lấy bỏ tổ chức liên kết vùng dưới tuyến mang tai. Phẫu tích bộc lộ động tĩnh mạch mặt (có thể thắt). Phẫu tích và bảo tồn dây XII, dây lưỡi. Cần phải bộc lộ thân giáp lưỡi mặt.

Giới hạn trước cho phép lấy bỏ tổ chức liên kết - hạch của vùng dưới móng, trên móng, dưới tuyến mang tai, tuyến dưới hàm.

Thì 3: Phẫu tích vùng cảnh nhị thân và dây XI

Phẫu tích vào vùng dưới mồm chũm, Cắt bỏ đầu trên cơ ức đòn chũm. Phẫu tích lớp mỡ tìm dây XI, và tĩnh mạch cảnh trong, phẫu tích tách rời khỏi dây X và động mạch cảnh trong. Vùng này cho phép lấy bỏ tổ chức liên kết - hạch vùng cảnh nhị thân - dây XI, thắt đầu trên tĩnh mạch cảnh trong. Cắt đầu trên cơ ức đòn chũm, phẫu tích vùng dưới hàm.

Thì 4: Phẫu tích vùng góc hàm

Qua 2 phẫu tích trên cho phép bộc lộ vùng cơ nhị thân, dây XII, vùng phình cảnh, cho phép thắt và cắt các cuống mạch nhỏ như động mạch chẩm, động mạch ức đòn chũm trên, thân giáp lưỡi mặt, Phẫu tích vùng phình cảnh, dọc bó cảnh đi xuống thắt cắt bỏ đám rối tĩnh mạch họng, và của tuyến giáp.

Đến đây đã cho phép nạo vét vùng tam giác cổ trước, cả vùng cảnh nhị thân. Lấy bỏ một khối lớn tổ chức liên kết, mỡ, hạch từ vùng cảnh nhị thân phía sau, vùng dưới hàm ở phía trước, từ dưới bụng sau cơ nhị thân, từ trên xuống dưới dọc theo trục tĩnh mạch cảnh trong, cùng cả tĩnh mạch và cơ ức đòn chũm. Nó cho phép tiếp tục phẫu tích xuống dưới vùng trên đòn.

Thì 5: Phẫu tích vùng trên đòn

Cắt bỏ cơ vai móng, tiếp tục phẫu tích xuống dưới, tách rời tĩnh mạch cảnh trong khỏi dây X và động mạch cảnh trong, bộc lộ cả phía sau là tĩnh mạch, động mạch cổ ngang (phẫu tích vùng này phải chú ý ở bên trái có ống ngực - hệ bạch huyết). Phẫu trường cho phép bộc lộ, phẫu tích, lấy bỏ tổ chức liên kết, mỡ - hạch vùng trên đòn. Đến đây cho phép phẫu tích đầu dưới cơ ức đòn chũm để cắt bỏ cùng đầu dưới tĩnh mạch cảnh trong ở nạo vét hạch cổ tiết căn truyền thống. Cần chú ý cắt bỏ tĩnh mạch cảnh trong sẽ phải kẹp bằng kẹp phẫu tích không máu, sau thắt buộc phải khâu lại đầu tận bằng chỉ Viracryl. Sau phẫu tích và lấy bỏ các nhóm hạch từ I-V sẽ lộ ra 4 mốc giải phẫu là ở trước và dưới là khí quản, ở sau và dưới là đám rối cánh tay, ở trên trước là bụng sau cơ nhị thân, ở trên sau là vùng mỡ ngang đốt sống cổ đội.

Thì 6: Phục hồi hốc mổ

Kiểm tra cầm máu kỹ càng, đặt dẫn lưu kín (Redon) đóng hốc mổ bằng 2 bình diện cơ bám da và da. Băng ép vùng cổ có độ chặt vừa phải.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu: nếu sau mổ có dịch hồng ở bình dẫn lưu, giảm dần, sau 48 giờ hay 36 giờ có thể rút dẫn lưu. Khi bị chảy máu thì bình dẫn lưu có toàn máu đỏ tươi, mạch huyết áp tụt, người bệnh chậm tỉnh hốt hoảng.
- Dò bạch huyết: dịch trắng như nước vo gạo qua dẫn lưu ra bình, có thể có số lượng tới 500 ml/ngày.
- Đau vùng vai (thường xuất hiện khi cắt bỏ dây XI).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chú ý các mép da, nút thắt tĩnh mạch nhỏ và cả đầu thắt tĩnh mạch cảnh trong.
- Dò bạch huyết: sau thay băng ép mà vẫn tiếp tục chảy dịch trắng, nhiều thì phải mở hốc mổ để kiểm tra lại vùng ống ngực để kẹp và buộc lại.
- Đau vùng vai (thường xuất hiện khi cắt bỏ dây XI): một số trường phái khuyên nên giữ lại nhánh ngoài của dây XI. Nếu kéo dài sau mổ có thể điều trị lý liệu pháp vận động (kinesitherapy).

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 gấp 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 nhìn 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: bằng 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.

SINH THIẾT THANH QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết thanh quản là một thủ thuật lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở vùng thanh quản, để chẩn đoán mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương vùng thanh quản - hạ họng cần xác định mô bệnh học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khó thở thanh quản cấp II.
- Khối u mạch máu.
- Bệnh nhi quá nhỏ.
- Người bệnh không đồng ý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ soi thanh quản gián tiếp hoặc bộ khám nội soi, optic 70° hoặc 90°.
- Kẹp sinh thiết thanh quản.
- Bơm gây tê thanh quản.
- Thuốc gây tê niêm mạc.
- Lọ đựng dung dịch Bouin hoặc formol 10% để cố định bệnh phẩm.

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh ngồi như khám soi thanh quản gián tiếp, lưỡi thè ra ngoài, ngửa mặt.
- Thầy thuốc ngồi đối diện.

2. Vô cảm

Gây tê họng, hạ họng và thanh quản.

3. Kỹ thuật

- Người bệnh tự kéo lưỡi.
- Soi thanh quản hạ họng gián tiếp bằng gương soi thanh quản hoặc optic 70° hoặc 90°.
- Tay phải cầm kẹp sinh thiết bấm lấy một mảnh nhỏ tổ chức nghi ngờ. Cần phải làm nhanh để tránh phản xạ co thắt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu:
Thường ít gặp, người bệnh chỉ khạc ra một ít đờm nhầy bọt lẫn máu.
- Khó thở do co thắt thanh quản:
 - + Xịt thuốc ventolin tránh co thắt.
 - + Kháng sinh chống viêm.
 - + Giảm phù nề bằng khí dung họng thanh quản.
- Sốc do xylocain: chống sốc.

PHẪU THUẬT MỞ SỤN GIÁP CẮT DÂY THANH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt dây thanh được thực hiện bằng đường thẳng, giữa, xuyên qua sụn giáp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư dây thanh giai đoạn T1a.
- Ung thư dây thanh lan về phía mép trước, không thể tiếp cận được bằng đường nội soi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh phổi tắc nghẽn có suy hô hấp; các bệnh nội khoa nặng: tim mạch, gan.
- Ung thư giai đoạn T2 trở lên.
- Người lớn tuổi (chống chỉ định tương đối).

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 đầu cổ.
- Cần thêm kéo cắt sụn.
- Dao điện, đông điện lưỡng cực.
- Bộ soi treo thanh quản, có ống nội soi phóng đại ra màn hình.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ viêm phổi do sặc sau mổ.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.

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 thẳng, ngửa tối đa có đệm gối dưới vai, cầm ngang bằng ngực.
- Thấy thuốc đứng phía bên phải thuật.
- Người phụ đứng bên đối diện và phía trên đầu.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Soi treo thanh quản - hạ họng đánh giá lại tổn thương dưới nội soi có phóng đại ra màn hình, soi thực quản loại trừ có ung thư thứ hai ở thực quản.

Thì 1: Mở khí quản thấp, chuyển ống nội khí quản đặt qua đường miệng bằng ống nội khí quản Montandon qua lỗ mở khí quản, khâu cố định ống.

Thì 2: Rạch da ngang tầm sụn giáp, kéo các cơ dưới móng, bộc lộ sụn giáp.

Thì 3: Cắt sụn giáp đứng, theo đường giữa bằng cưa. Dùng kéo thẳng tiếp tục cắt đúng đường giữa qua mép trước dây thanh. Dùng ecarter kéo nửa thanh quản bên lành ra phía ngoài, bộc lộ rộng bên tổn thương.

Thì 4: Cắt dây thanh theo các bước: bóc tách dây thanh sát màng sụn giáp từ trước ra sau, cắt chỗ bám của cơ dây thanh vào mép trước, cắt bỏ dây thanh cho đến mấu thanh, cắt xuống phía hạ thanh môn 2-3 mm cách bờ dưới dây thanh, luôn kiểm soát chặt chẽ ranh giới khối u.

Thì 5: Khâu phục hồi lại diện cắt bằng chỉ Vicryl 3.0. Khâu phục hồi sụn giáp bằng 3 nút chỉ Vicryl 2.0.

Thì 6: Đặt dẫn lưu kín, đóng vết mổ. Đặt sonde ăn, và canuyn có bóng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Hút dịch hằng ngày, thay băng, băng ép.
- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề
- Lưu bóng áp lực thấp canuyn 24 giờ đầu, sau đó thay bằng canuyn nói không bóng.
- Cho ăn qua sonde dạ dày. Sau 3-5 ngày cân nhắc rút sonde ăn sau khi đã ăn tốt.
- Rút canuyn sau khi soi kiểm tra thanh môn rộng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm phổi do sặc.
- Chảy máu.
- Tràn khí vùng cổ: bơm bóng nhẹ canuyn, băng ép vết mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: chít hẹp thanh quản, không rút được ống thở.

PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN THANH QUẢN TRÊN NHẪN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhĩn, tái tạo bằng treo nhĩn-móng-thanh thiệt (Phẫu thuật Majer-Piquet) được báo cáo lần đầu vào năm 1974.

Phẫu thuật bao gồm cắt sụn giáp, 2 dây thanh, khoảng cạnh thanh môn, bảo tồn xương móng, sụn thanh thiệt, sụn nhĩn, và ít nhất 1 sụn phễu.

Phẫu thuật cho phép giữ được các chức năng của thanh quản: nuốt, phát âm, thở qua đường tự nhiên.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn T2, T3.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh phổi tắc nghẽn có suy hô hấp; các bệnh nội khoa nặng như bệnh tim mạch, gan.
- Ung thư lan đến cả 2 sụn phễu.
- Lan hạ thanh môn > 1 cm.
- Người lớn tuổi > 65 (chống chỉ định tương đối).

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

- Bộ soi treo thanh quản có nội soi.
- Các dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Cần thêm kéo cắt sụn.
- Điện, đông điện lưỡng cực.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ viêm phổi do sặc sau mổ.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.

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 thẳng, ngửa tối đa có đệm gối dưới vai, cầm ngang bằng ngực.
- Thầy thuốc đứng phía bên phải phẫu thuật.
- Người phụ đứng bên đối diện và phía trên đầu.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Soi treo thanh quản đánh giá lại tổn thương dưới nội soi có phóng đại ra màn hình, soi thực quản loại trừ có ung thư thứ hai ở thực quản.

Thì 2: Mở khí quản thấp, chuyển ống nội khí quản đặt qua đường miệng bằng ống nội khí quản Montandon qua lỗ mở khí quản, khâu cố định ống.

Thì 3: Rạch da hình chữ U, bờ dưới ngang tầm màng giáp-nhãn, nếu có nạo vết hạch cổ 1 hoặc 2 bên, kéo dài đường mở vòng qua bờ trước cơ ức đòn chũm lên mồm chũm.

Thì 4: Nạo vết hạch cổ chúc năng (nếu có chỉ định), bảo tồn các cơ trước thanh quản, các cơ dưới móng.

Thì 5: Kéo cơ dưới móng, bộc lộ sụn giáp. Ở phía bên, cắt cơ khít họng, bộc lộ sừng lớn sụn giáp, tiến hành cắt thanh quản bao gồm sụn giáp, 2 dây thanh, khoang cạnh thanh môn. Có thể giữ lại sừng bé của sụn giáp bên bảo tồn sụn phễu (1 hoặc 2 bên), để tránh làm tổn thương dây hồi quy (kỹ thuật cổ điển của Piquet).

Hiện nay thường áp dụng kiểu cắt thanh quản cải tiến chỉ cắt một phần trước sụn giáp bao gồm mép trước 2 dây thanh, phần dây thanh bị tổn thương (cắt nhiều hay ít tùy thuộc vào tổn thương), để lại một phần bên sau của cánh sụn giáp, và phần sau của dây thanh không bị tổn thương, không cắt cơ khít họng.

Thì 6: Cắt chân sụn thanh thiết ngay phía trên băng thanh thất.

Thì 7: Phục hồi lại thanh quản bằng cách khâu treo nhãn - móng - thanh thiết, (kỹ thuật cổ điển của Piquet) hoặc phục hồi thanh quản bằng cách tạo hình lại khung sụn giáp với lưới chỉ Vicryl 1.0 xuyên vào lớp cơ (kiểu Pignat), hoặc dùng chính sụn thanh thiết để tạo hình (kiểu Tucker).

Thì 8: Đặt dẫn lưu kín, đóng vết mổ. Đặt sonde ăn, đặt canuyn có bóng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Hút dịch hằng ngày, thay băng, băng ép.
- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề
- Lưu bóng áp lực thấp canuyn 24 giờ đầu, sau đó thay bằng canuyn nói không bóng.
- Cho ăn qua sonde dạ dày. Sau 10-15 ngày cân nhắc rút sonde ăn sau khi đã tập ăn tốt.
- Rút canuyn sau khi rút sonde ăn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm phổi do sặc.
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: chít hẹp thanh quản, không rút được ống thở.

PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN HỌNG - THANH QUẢN TRÊN NHẪN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bán phần họng - thanh quản trên nhãn đã được đưa lần đầu tiên vào năm 1965 bởi các tác giả Pháp P Andre, J. Pinel, H. Lacourreye. Nhưng đến năm 1987, phẫu thuật này mới được áp dụng rộng rãi trên thế giới.

Phẫu thuật bao gồm cắt một nửa thanh quản và một nửa họng, giữ nguyên sụn nhãn, đơn vị nhãn - phếu bên đối diện được bảo tồn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư phần góc trước xoang lê, vẫn còn giới hạn ở phần xoang lê màng.
- Một số ung thư giới hạn ở nếp phếu - thanh thiệt, sụn phếu.
- Một số ung thư giới hạn ở thành bên hạ họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh phổi tắc nghẽn có suy hô hấp, các bệnh nội khoa nặng tim mạch, gan.
- Ung thư lan đến sụn phếu bên đối diện.
- Ung thư lan đến đáy xoang lê, miệng thực quản.
- Ung thư lan rộng giai đoạn T4.
- Người lớn tuổi > 65 (chống chỉ định tương đối).

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 đầu cổ.
- Cần thêm kéo cắt sụn.
- Dao điện, đông điện lưỡng cực.
- Bộ soi treo thanh quản, có ống nội soi phóng đại ra màn hình.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ viêm phổi do sặc sau mổ.

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

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 thẳng, ngửa tối đa có đệm gối dưới vai, cầm ngang bằng ngực.
- Thầy thuốc đứng phía bên phẫu thuật
- Người phụ đứng bên đối diện và phía trên đầu

3. Kỹ thuật

Thì 1: Soi treo thanh quản - hạ họng đánh giá lại tổn thương dưới nội soi có phóng đại ra màn hình, soi thực quản loại trừ có ung thư thứ hai ở thực quản.

Thì 2: Mở khí quản thấp, chuyển ống nội khí quản đặt qua đường miệng bằng ống nội khí quản Montandon qua lỗ mở khí quản, khâu cố định ống.

Thì 3: Rạch da hình chữ U, bờ dưới ngang tầm màng giáp - nhẫn, nếu có nạo vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên, kéo dài đường mổ vòng qua bờ trước cơ ức đòn chũm lên móm chũm.

Thì 4: Nạo vét hạch cổ chức năng (nếu có chỉ định), bảo tồn các cơ trước thanh quản, các cơ dưới móng.

Thì 5: Cắt cơ khít họng dọc theo bờ sau cánh sụn giáp, bóc tách màng sụn giáp tạo vạt cơ màng sụn từ bờ sau cánh sụn giáp kéo đến đường giữa.

Thì 6: Cắt sụn giáp theo đường giữa bằng cưa, cắt dọc thanh quản qua mép trước hai dây thanh, tiếp tục lên trên qua màng giáp móng và xương móng (nếu khối u còn giới hạn, có thể bảo tồn xương móng) và cắt đứng qua khoang giáp - móng - thanh thiệt và sụn thanh thiệt.

Thì 7: Kéo nửa thanh quản có khối u ra ngoài, cắt qua khớp nhẫn - phễu rồi cắt họng theo chiều dọc trong khi giải phóng dần dây xoang lê.

Thì 8: Tái tạo lại thanh quản và họng bằng vạt cơ - màng sụn giáp.

Thì 9 : Đặt dẫn lưu kín, đóng vết mổ. Đặt xông ăn, và canuyn có bóng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Hút dịch hằng ngày, thay băng, băng ép.
- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề.
- Lưu bóng áp lực thấp canuyn 24 giờ đầu, sau đó thay bằng canuyn nói không bóng.
- Cho ăn qua sonde dạ dày. Sau 15 ngày cân nhắc rút sonde ăn sau khi đã tập ăn tốt.
- Rút canuyn sau khi rút sonde ăn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm phổi do sặc.
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: chít hẹp thanh quản, không rút được ống thở.

PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bao gồm cắt toàn bộ thanh quản bao gồm sụn giáp, sụn nhẫn và xương móng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản giai đoạn T3, T4.
- Ung thư thanh quản giai đoạn T2 mà không thể cắt bán phần được.
- Ung thư thanh quản lan xuống hạ thanh môn trên 1,5cm.
- Ung thư thanh quản sau xạ trị thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh phổi tắc nghẽn có suy hô hấp; các bệnh nội khoa nặng như bệnh tim mạch, gan.
- Tuổi quá lớn, có di căn xa.

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 đầu cổ.
- Dao điện, đông điện lưỡng cực.
- Bộ soi treo thanh quản, có camera phóng đại ra màn hình.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ viêm phổi do sặc sau mổ.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.

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 thẳng, ngửa tối đa có đệm gối dưới vai, cầm ngang bằng ngực.
- Thầy thuốc đứng phía bên phẫu thuật.
- Người phụ đứng bên đối diện và phía trên đầu.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Soi treo thanh quản - hạ họng đánh giá lại tổn thương dưới nội soi có phóng đại ra màn hình, soi thực quản loại trừ có ung thư thứ hai ở thực quản.

Thì 2: Rạch da hình chữ U, bờ trên hõm ức 3 cm, đường mổ vòng qua bờ trước cơ ức đòn chũm lên mỏm chũm. Kéo vạt da lên trên, bộc lộ đến trên xương móng.

Thì 3: Nạo vét hạch cổ chức năng hoặc tiết căn tùy vào tình trạng hạch cổ.

Thì 4: Cắt cơ dưới móng sát dưới cổ, tuyến giáp được bộc lộ, phẫu thuật được thực hiện cả hai bên.

Bờ sau của sụn giáp được xác định, quay thanh quản sang bên, bộc lộ được chỗ bám của cơ siết họng dưới.

Cắt cơ siết họng dưới dọc theo bờ sau cánh sụn giáp. Bóc tách ra sau cánh sụn giáp, bảo tồn niêm mạc xoang lê.

Bộc lộ và buộc bó mạch - thần kinh thanh quản trên nằm ở phía trên - trong sừng lớn sụn giáp.

Cặp xương móng ở đường giữa bằng cặp allis, cắt các cơ trên móng sát với xương móng. Giải phóng thanh quản khỏi các tổ chức xung quanh.

Thì 5: Cắt khí quản vát ngang khoảng vòng sụn khí quản 2-3, nếu hạ thanh môn bị tổn thương, phải cắt thấp hơn sụn 4. Bóc tách thành sau khí quản cho đến sụn nhẫn, tránh làm tổn thương thực quản. Cắt niêm mạc, mổ vào hố lưỡi thanh thiệt, cặp sụn thanh thiệt bằng cặp Babcock, cắt rời thanh quản từ trên xuống.

Thì 6: Đặt sonde ăn, khâu phục hồi ống họng bằng chỉ Vicryl 3.0. Khâu tăng cường lớp thứ 2.

Thì 7: Đặt dẫn lưu kín, khâu lỗ thở, đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Hút dịch hằng ngày, thay băng, băng ép.
- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề.
- Cho ăn qua sonde dạ dày. Sau 10 ngày cân nhắc rút sonde ăn sau khi đã thử uống nước có màu xanh methylen.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm phổi.
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: chít hẹp lỗ thở, phải mổ mở rộng lỗ thở.

ĐẶT VAN PHÁT ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

– Kỹ thuật đặt van phát âm là thủ thuật tạo đường thông và đặt van phát âm vào khí thực quản cho người bệnh đã cắt thanh quản toàn phần để tái tạo chức năng phát âm cho người bệnh.

– Có hai kiểu gồm đặt van thì 1 (trong khi mổ cắt thanh quản), đặt van thì 2 (sau mổ cắt thanh quản).

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ung thư thanh quản, ung thư hạ họng đã cắt thanh quản toàn phần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lỗ thở quá hẹp.
- Không có khả năng sử dụng và chăm sóc van.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sỹ 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 đặt van gồm có trôca, dây đặt van, ống soi thực quản.
- Van khí thực quản loại Provox, Bloom-Singer.

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.
- Khám trước mổ bởi bác sỹ 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. Đặt van thì 1

Đây là một thì trong cắt thanh quản toàn phần được tiến hành dưới gây mê toàn thân.

1.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, có gối đệm vai, đầu ngửa tối đa (như tư thế cắt thanh quản toàn phần).

1.2. Kỹ thuật

Luồn ống bảo vệ họng vào ống thực quản của người bệnh đến ngang mức đầu khí quản đã cắt sao cho đầu vát của ống áp sát vào thành thực - khí quản.

– Chọc trôca từ phía khí quản sang thực quản, cách đầu trên của khí quản khoảng 0,5 - 1cm ở vị trí chính giữa thành khí thực quản. Hướng trôca từ trước ra sau, từ dưới lên trên sao cho nòng trôca đi vào lòng ống bảo vệ họng.

– Rút nòng trong của trôca, luồn dây qua nòng ngoài từ khí quản sang thực quản, gắn van vào dây kéo từ phía thực quản sang bên khí quản sao cho hai đầu loe của van nằm áp sát vào thành khí quản và thành thực quản.

2. Đặt van thì 2

Được tiến hành sau cắt thanh quản ổn định, nếu người bệnh có điều trị tia xạ hậu phẫu thì phải đợi sau 6 tháng mới tiến hành đặt van được.

2.1. Kiểm tra hồ sơ

2.2. Kiểm tra người bệnh

2.3. Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê giãn cơ toàn thân.

2.4. Tư thế

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

2.5. Kỹ thuật

– Dùng ống soi thực quản 30cm soi ống họng, kiểm tra khi thấy đầu ống đến ngang tâm miệng lỗ thở (bóng ánh sáng từ ống soi qua thành khí thực quản), xoay ống soi 180° sao cho mặt vát của ống áp vào thành khí thực quản.

– Chọc trôca từ phía khí quản sang thực quản, cách đầu trên của khí quản khoảng 0,5 - 1cm ở vị trí chính giữa thành khí thực quản. Hướng trôca từ trước ra sau, từ dưới lên trên sao cho nòng trôca đi vào lòng ống bảo vệ họng.

– Rút nòng trong của trôca, luồn dây qua nòng ngoài từ khí quản sang thực quản lên đến miệng người bệnh, gắn van vào dây kéo từ phía thực quản sang bên khí quản sao cho hai đầu loe của van nằm áp sát vào thành khí quản và thành thực quản.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Theo dõi sự cố định của van vào thành khí - thực quản.
- Hút, vệ sinh van đảm bảo sự thông thoáng.
- Dạy người bệnh tập phát âm ngay ngày thứ 2.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: ít xảy ra, thường do rách thành khí - thực quản.
- Tổn thương thành sau thực quản gây nhiễm trùng thực quản: cho người bệnh kháng sinh, nếu có áp xe phải mở dẫn lưu.
- Tụt van: đặt lại van.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ THÙY NÔNG TUYẾN MANG TAI BẢO TỒN DÂY VII

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một phẫu thuật nhằm cắt thùy nông tuyến mang tai, phần tuyến nằm ngoài dây VII, có bảo tồn các nhánh dây VII.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u hỗn hợp thùy nông tuyến mang tai.
- U nang thùy nông tuyến mang tai.
- Rò khe mang I.
- Sỏi tuyến mang tai điều trị nội khoa không giảm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tuyến mang tai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt được đào tạo về kỹ thuật.

2. Phương tiện

- Các dụng cụ phẫu thuật thông thường.
- Cần thêm kéo nhỏ, kẹp phẫu tích nhỏ không máu, banh, bay nhỏ.
- Dao điện, đông điện lưỡng cực.
- Kính lúp hoặc kính hiển vi (nếu có).
- Bộ monitoring dây VII NIMS (nếu có).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

- Chẩn đoán tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ.
- Siêu âm, chụp CT scan để đánh giá khối u.
- Sinh thiết tức thì cần thiết trong một số trường hợp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Nằm, đầu nghiêng tối đa về bên lành và có đệm gối dưới vai.
- Thầy thuốc đứng về phía bên phẫu thuật.

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

2. Vô cảm

Gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da, đường rạch đi ở trước bình tai xuống dưới theo rãnh bám của dải tai và vòng ra sau tới mỏm chũm thì đi cong ra trước theo bờ trước cơ ức đòn chũm cho tới ngang tầm góc hàm.

Thì 2: Bóc tách bộc lộ bờ sau của tuyến mang tai, tìm bờ trước cơ ức đòn chũm, bụng sau cơ nhị thân.

Thì 3: Tìm thân dây thần kinh VII dựa trên các mốc: *ngón tay chỉ* của sụn ống tai, phần trên bụng sau cơ nhị thân và mỏm chũm. Thân chính của dây VII có màu trắng, đường kính khoảng 2mm, sau đó phân chia thành các nhánh.

Thì 4: Cắt bỏ thùy nông: bóc tách dọc theo thân dây thần kinh VII và các nhánh của nó bằng cặp cầm máu cong nhỏ, rồi mới cắt bỏ diện tuyến đã tách khỏi dây thần kinh.

Người phụ luôn để ý quan sát bất cứ dấu hiệu giạt cơ nào trên mặt người bệnh. Cắt bỏ dần dần thùy nông ra khỏi dây thần kinh VII.

Thì 5: Đóng da làm hai bình diện sau khi đã đặt dẫn lưu kín.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Hút dịch, thay băng hàng ngày.
- Rút ống dẫn lưu sau 24 hoặc 36 giờ.
- Cắt chỉ sau 7 ngày.
- Điều trị chống viêm, chống phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Liệt mặt do đứt các nhánh nhỏ của dây thần kinh VII.
- Chảy máu: thường từ nhánh thái dương nông hoặc động mạch cảnh ngoài: cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh.
- Di chứng: hội chứng Frey.
- Rò tuyến.

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN MANG TAI CÓ HOẶC KHÔNG BẢO TỒN DÂY VII

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến mang tai là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổ chức tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây thần kinh VII.

II. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính hoặc u độ ác tính thấp.
- Viêm tuyến mang tai tái phát hoặc viêm do sỏi.
- Viêm tuyến phì đại làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ.
- Lấy bỏ hạch tuyến mang tai nghi ngờ hoặc đã xác định di căn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u độ ác tính trung bình hoặc ác tính cao.
- Khối u lành tính ở cực dưới của tuyến.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến quá trình gây mê.

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 tai cổ 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 độn vai, đầu ngửa tối đa. Bộc lộ vùng tai, cổ, tuyến mang tai, góc ngoài mắt và miệng cùng bên.
- Phẫu thuật viên chính đứng bên cần phẫu thuật, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5. Kỹ thuật

- Đường mổ đi từ phía trước vành tai ngang mức nắp tai, vòng qua dải tai ra sau đến mỏm chũm, vòng theo góc hàm xuống cổ theo đường ngang dưới bờ hàm dưới 2 khoát ngón tay.
- Bóc tách vạt da phía trước theo bình diện ngoài bao mặt ngoài tuyến đến bờ trước của tuyến tiếp giáp với cân bọc cơ cắn. Vạt da phía sau được bóc lộ khỏi tuyến.
- Tìm dây VII: tách bờ sau tuyến ra khỏi cơ ức đòn chũm, sụn ống tai ngoài. Tìm dây VII dựa vào mốc: bụng sau cơ nhị thân, sụn chỉ điểm (pointer), và mỏm chũm.
- Bóc tách các nhánh dây VII: tách tổ chức tuyến dọc theo đường đi của các nhánh lấy đi toàn bộ phần thùy nông nằm ngoài các nhánh.
- 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.
- Liệt VII: nếu không bị cắt đứt thì chỉ cần điều trị nội khoa, nếu bị đứt cần mổ nối lại dây.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HỌNG - MÀN HẦU BẰNG VẬT CỐ - NIÊM MẠC THÀNH SAU HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tạo hình họng - màn hầu bằng vật cố - niêm mạc thành sau họng là một phẫu thuật giải quyết các khuyết tật vùng họng, màn hầu để hoàn thiện chức năng ngôn ngữ.
- Phẫu thuật này ngày nay ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở vòm miệng.
- Khoang họng rộng.
- Không có màn hầu, lưỡi gà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật gây mê.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm về phẫu thuật họng - màn hầu.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật màn hầu.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân để phát hiện các dị tật phối hợp.
- Khám vùng họng - màn hầu đánh giá tình trạng khuyết tật về mặt giải phẫu.
- Đánh giá tình trạng khuyết tật về ngôn ngữ.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

2. Tư thế

- Người bệnh kê cao vai, đầu ngửa tối đa.
- Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, ngồi phía đầu người bệnh.
- Phụ mổ 1 đứng bên trái người bệnh, phụ mổ 2 đứng bên phải.

3. Kỹ thuật

3.1. *Thì tạo vạt tổ chức sau họng*

- Dùng lidocain 1% tiêm bóc tách niêm mạc thành sau họng, sát cân trước sống.
- Dùng dao mổ rạch niêm mạc, tổ chức dưới niêm mạc hình chữ U ngược, sâu tới sát cân trước sống, trên sát vòm, hai bên dọc theo trụ sau amidan xuống đến cực dưới amidan, bóc tách tạo vạt tổ chức có chân nuôi ở dưới.

3.2. *Thì giải quyết khe hở vòm miệng*

- Tiêm lidocain 1% giữa hai lớp niêm mạc phía miệng và phía mũi.
- Rạch niêm mạc dọc theo bờ tự do của khe hở.
- Bóc tách giải phóng hai lớp niêm mạc.
- Khâu lớp niêm mạc phía mũi, tạo mặt nhám quay xuống phía miệng.

Trường hợp khoang họng rộng, không có lưỡi gà, màn hầu thì rạch niêm mạc theo hình cung úp, bóc tách lật niêm mạc phía miệng xuống dưới.

3.3. *Khâu vạt tổ chức sau họng*

- Kéo vạt tổ chức sau họng lên khâu dính từng mũi rời lên mặt nhám của màn hầu.
- Trường hợp vạt tổ chức sau họng quá căng, có thể rạch hai đường song song với cung răng để giảm căng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Ăn qua ống sonde trong 3 ngày.
- Kháng sinh, chống phù nề trong 1 tuần.
- Sau 6 tháng phẫu thuật thì 2 cắt chân nuôi vạt sau họng.

- Hướng dẫn luyện tập phát âm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: từ thành sau họng hoặc bờ tự do của vạt tổ chức sau họng. Tiến hành nhét bấc qua mũi xuống tận thành sau họng.
- Khó thở: do người bệnh chưa quen với khoang họng mới bị khâu hẹp. Dùng thuốc chống phù nề, an thần nhẹ và giải thích cho người bệnh.
- Nhiễm khuẩn vết mổ, có thể làm bực vết khâu: khâu lại ngay hoặc nếu bực nhỏ để lại đến khi phẫu thuật thì 2 sẽ khâu.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỌNG MÀN HẦU LƯỠI GÀ

(UPPP: *UvuloPalatoPharyngoPlasty*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở rộng khoảng thở vùng họng miệng bằng cách cắt bỏ tổ chức mô mềm thừa ở màn hầu và thành bên họng, có thể kèm cắt amidan. Phẫu thuật này có thể sử dụng laser (LAUP) để tạo sẹo màn hầu giúp giảm rung màn hầu, làm giảm ngáy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngủ ngáy.
- Hội chứng tắc nghẽn đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hở màn hầu.
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh phổi mạn tính.
- Nhạc công thổi kèn.
- Màn hầu không phải là nguyên nhân tắc nghẽn.

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 đầu cổ.
- Dao điện, đông điện đơn - lưỡng cực.
- Bộ Laser CO2 và tay cầm (nếu có).

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ có thể xảy ra sau mổ.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.
- Khám tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Đo đa ký giấc ngủ.

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 thẳng, đầu ngửa như trong phẫu thuật cắt amidan.
- Thầy thuốc đứng phía trên đầu người bệnh.
- Người phụ đứng một bên.

4.3. Kỹ thuật

Thì 1: Đặt mở miệng Davis, bộc lộ vùng họng, màn hầu.

Thì 2: Kéo lưỡi gà ra trước và lên trên, cắt niêm mạc bắt đầu từ đường giữa, phía trên lưỡi gà, đi ngang ra phía ngoài rồi vòng xuống phía đáy lưỡi.

Thì 3: Sau khi cắt niêm mạc ở mặt trong miệng, cắt cơ lưỡi gà, niêm mạc phía sau được cắt thấp hơn một mức để tạo thành vạt niêm mạc, có thể quay, khâu phủ lên cơ màn hầu.

Cắt bỏ niêm mạc thừa thành bên họng ở trụ sau amidan, cùng với niêm mạc màn hầu. Cầm máu kỹ.

Thì 4: Khâu phục hồi, khâu dính cơ họng - màn hầu và cơ lưỡi - màn hầu với nhau.

Phẫu thuật này có thể thực hiện bằng Laser, Coblator, tổ chức ít bị tổn thương.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề, giảm đau.
- Ăn mềm, nguội trong 10 ngày.
- Vệ sinh họng miệng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: suy màn hầu do cắt quá rộng.