

Chương III

LĨNH VỰC MŨI XOANG

PHƯƠNG PHÁP PROETZ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Kẹp khuỷu
 - + 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 ml để lấy nước muối sinh lý)
 - + Máy hút
 - + Ampu
- Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.
- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.
- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu ê ê ê để buồm hàm đập kín đường

xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

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

BẺ CUỐN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi bị vầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Đây là một thủ thuật khá đau, người bệnh có thể được tiền mê.

Gây tê tại chỗ (xylocain 6 - 10%) khắp bề mặt cuốn dưới, ngách dưới (đặt bắc 15 phút).

2. Kỹ thuật

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

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

– Bẻ từ từ, từ đuôi cuốn đến đầu cuốn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu.
- Sốc do thuốc, do đau.
- Nhiễm khuẩn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: chống sốc.
- Chảy máu: tùy theo mức độ có thể nhét bắc và dùng thuốc cầm máu.

ĐỐT CUỐN MŨI BẰNG ĐÔNG ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.
- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.

– Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu: rối loạn đông, chảy máu.
- Các bệnh về tim mạch và nội khoa khác: chưa kiểm soát được.
- Thiếu máu.
- Nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ và thiết bị của máy Coblator II.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bấc tẩm thuốc co mạch (ephedrin 1%, oxymetazolin 0,5% hoặc 1%).
- Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 6% hoặc 10%.

3. Người bệnh

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn ($15^0 - 20^0$) so với ngực.
- Máy Coblator và dụng cụ phẫu thuật đặt ở bên trái người bệnh. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, monitor đối diện với phẫu thuật viên.

3.2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

- **Thì 1:** đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.
- **Thì 2:**
 - + Dùng optic nội soi 0^0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi và cuốn dưới 2 bên.
 - + Đánh giá tình trạng niêm mạc hốc mũi, cuốn mũi, khe mũi, vách ngăn, vòm.
 - + Đốt điện cao tần cuốn mũi dưới dưới niêm mạc bằng đầu dò chuyên dụng của máy Coblator II. Dùng đầu điện cực tạo 2 đường vào ở đầu cuốn dưới (ở trên và ở dưới). Mỗi vạch khắc trên đầu điện cực được đốt khoảng 10s (thường thì đầu đốt có 6 vạch khắc). Trước khi đưa đầu điện cực dọc theo thân cuốn dưới, với mỗi vạch khắc nên dừng lại để bôi thêm chất dẫn điện. Lặp lại thủ thuật tương tự ở mũi bên cạnh.
 - + Kiểm tra lại hốc mũi 2 bên.
 - + Đặt merocel (bác) vào hốc mũi để chống dính và cầm máu mũi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Thay băng mũi ngoài mỗi ngày 2 lần.

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

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

SINH THIẾT HỐC MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.
- Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz nếu cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
- Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
- Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xít và đặt bắc xylocain.
- Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.
- Đặt gelaspon hoặc bắc cầm máu và rút sau 24giờ.

VI. THEO DÕI

Rút bắc sau 24 giờ nếu phải nhét bắc mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bắc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải đặt bắc.
- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.
- Sốc: chống sốc.

CHỌC RỬA XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

Chụp phim Blondeau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Kỹ thuật

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuốn dưới 0,5 - 1cm cách sàn mũi 1cm gần chân cuốn mũi dưới.
- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rộng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thủ nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
- Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.
- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

KHOAN XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khoan xoang trán tức là khoan thủng mặt trước xoang trán, đặt vào đó một trôca ngắn để rửa và bơm thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang trán mạn ứ mủ gây nhức đầu.
- Thăm dò và chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm cấp tính
- Không có xoang trán.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ
 - + Khoan tay hoặc khoan điện.
 - + 01 cái đinh Lemoyen.
 - + 01 bơm tiêm 5 ml lắp vừa lòng đinh.
- Thuốc: xylocain hoặc lidocain 1-3% loại có và không có adrenalin.

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Ngoài khám lâm sàng phải có phim Blondeau, sọ nghiêng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Người bệnh nằm ngửa trên bàn, gáy tỳ tại chỗ vào khoảng giữa 2 lông mày, kim sâu đến cốt mạc.

2. Kỹ thuật

- Tìm chỗ khoan: đánh dấu chỗ khoan bằng cách nối 1 đường ngang giữa 2 khuyết hố mắt. Kẻ đường trung vị từ trán xuống mũi (là đường thẳng góc giữa 2 hố mắt), 2 đường đó tạo nên 2 góc vuông hướng lên trán. Điểm khoan sẽ nằm trên đường phân giác của góc vuông, cách gốc 1cm.
- Chọc thủng da: dùng dùi hoặc dao nhọn chọc thủng da vào đến tận xương.
- Khoan xương: điều chỉnh chiều sâu của mũi khoan khoảng 1cm, mũi khoan phải luôn vuông góc với xương trán.
- Đặt trôca: lắp đinh nhỏ Lemoyen vào lỗ vừa khoan.
- Rửa xoang:
 - + Bơm 2ml xylocain và vài giọt adrenalin để niêm mạc co lại. Đợi 3 - 5 phút.
 - + Người bệnh ngồi dậy, tay cầm khay quả đậu hứng ở mũi.
 - + Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
 - + Bơm thuốc vào xoang.
 - + Đặt lại nòng trôca và băng lại.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Rửa hàng ngày, mỗi ngày 1 lần trong 1 tuần.
- Theo dõi biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng vào màng não do mũi khoan quá dài, chảy nước não tủy: ngừng ngay rửa xoang và cho kháng sinh liều cao. Nếu viêm màng não không thuyên giảm phải phẫu thuật xoang bít lỗ thủng.
- Mũi khoan trượt rơi vào ổ mắt: có thể làm tổn thương nhãn cầu.
- Tắc ống mũi - trán: hút mủ qua trôca, bơm kháng sinh, sau vài ngày ống sẽ thông.
- Viêm xoang trán lan rộng: đây là biến chứng rất nguy hiểm do tiến hành thủ thuật trong cơn cấp. Phải phẫu thuật xoang trán và cho kháng sinh liều cao và phối hợp.

CẮT POLYP MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp gây ngạt tắc mũi.
- Polyp gây rối loạn thông khí vòm nhĩ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).
- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Kim Luc, kim mổ vệt, Lubet-Barbon.
- Thòng lọng cắt polyp.
- Banh mũi (Puplan, Killian).
- Dao cắt hút (micro debrider).

2. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cắt polyp bằng thòng lọng

1.1. Chỉ định

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

1.2. Kỹ thuật

- Banh mũi bằng banh Killian.
- Thăm dò bằng que thăm dò.
- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

- Đưa dần thông lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.
- Thắt dần thông lọng để chẹn cuống polyp.

2. Cắt polyp bằng kim Luc

2.1. Chỉ định

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.
- Polyp do thoái hoá cuốn.

2.2. Kỹ thuật

- Cắt polyp bằng kim Luc bệt các cổ.
- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.
- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).
- Đặt bắc mũi hai bên.

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

3.1. Chỉ định

Tất cả các loại polyp mũi.

3.2. Kỹ thuật

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 30° cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.
- Đặt bắc mũi /merocel.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

PHẪU THUẬT MỔ XOANG HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

- Phẫu thuật mổ xoang hàm (Caldwel-Luc) nằm trong hệ thống phẫu thuật tiết căn xoang.
- Mổ mặt trước của xoang hàm để quan sát trực tiếp, lấy bệnh tích niêm mạc xoang và dẫn lưu xoang qua khe dưới hoặc sinh thiết u trong xoang hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ xoang, máy hút.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có phim Blondeau.
- Thuốc trước mổ: cầm máu, giảm đau (nếu thực hiện gây tê).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwel-Luc):

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

- Vùng: hốc chân bướm hàm, lỗ thần kinh dưới ổ mắt.
- Tại chỗ: niêm mạc tiền đình lợi môi.

Thì 2: Bộc lộ mặt xoang

- Rạch niêm mạc tiền đình lợi môi từ răng 1-2 đến 5-6 cách lợi chân răng 1-1,5 cm.
- Bóc tách bộ lộ mặt trước xoang (không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt).

Thì 3: Mở xoang

- Dùng đục / khoan mở vào xoang mặt trước cách 1-1,5 cm, trong tiếp giáp vách ngăn, dưới gần đáy xoang.
- Có thể dùng khoan cắt mở nắp sau khâu cốt mạc dày lại.

Thì 4: Lấy bệnh tích

- Quan sát, đánh giá bệnh tích
- Lấy bệnh phẩm: mủ/ niêm mạc u.
- Lấy bỏ: polyp/ niêm mạc thoái hoá u/ nang

Thì 5: Mở lỗ thông xoang mũi ở khe dưới

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

Thì 6: Cầm máu - đóng xoang

- Nhét bấc thấm dầu, kháng sinh xoang, mũi. Nếu nhét 2 bấc phải buộc nối.
- Khâu niêm mạc lợi môi.
- Kiểm tra tình trạng chảy máu ở mũi, họng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu.
- Tháo bấc sau 24-48 giờ.
- Làm thuốc mũi đảm bảo dẫn lưu, thông thoáng.
- Rửa xoang ngày 5-7 lần, ít nhất 1 lần.
- Thời gian nằm viện từ 7-12 ngày.

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

2. Xử trí

- Vỡ thành xương ngăn ở mắt, rách bao nhãn cầu, tụ máu nhãn cầu xuống xoang:
 - + Nhét bấc chèn gelaspon để cố định.
 - + Cho kháng sinh chống biến chứng viêm ở mắt.
 - + Nếu có nhìn đôi, giảm thị lực: phối hợp nhãn khoa.
- Đục, khoan vào chân răng (quá dài, bất thường): sau hậu phẫu gửi khám răng hàm mặt, nếu gãy chân răng hở tuỷ phải lấy tuỷ, hàn.
- Chảy máu nhiều :
 - + Xác định chảy máu niêm mạc, xương, động mạch.
 - + Nếu cầm máu không hiệu quả thì thực hiện thắt động mạch hàm trong, động mạch cảnh ngoài.

PHẪU THUẬT NẠO SÀNG HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nằm trong hệ thống phẫu thuật tiết căn.
- Là phẫu thuật Caldwell-Luc, sau đó nạp lấy bệnh tích các xoang sàng trước và sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm đa xoang mạn đã điều trị nội khoa không kết quả.
- Viêm đa xoang mạn có thoái hoá thành polyp (ở mũi xoang).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ.
- U máu, u ác ở xoang sàng hàm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật Caldwell-Luc và bộ thìa nạp xoang sàng hàm, máy hút.

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật nạp xoang sàng hàm:

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

Thì 3: Mổ xoang hàm

- Như phẫu thuật Caldwell-Luc.
- Mổ thêm hõm thành trên trong xoang hàm kích thước 0,3 x 0,5 cm.

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

Thì 5: Mổ vào xoang sàng

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

Thì 6: Nạo sàng bằng bộ thìa nạo

- Nạo sàng trước (theo đúng hướng).
- Nạo sàng sau (theo đúng hướng).

Thì 7: Mở lỗ thông xoang mũi (như phẫu thuật Caldwell-Luc).

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

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Trong phẫu thuật: chảy nước mắt, cảm giác đau, nhìn khi nạo xoang sàng.
- Sau phẫu thuật: chảy máu.
- Chảy nước não tủy.
- Nhìn và vận nhỡn.

2. Xử trí

- Ngoài các tai biến như trong phẫu thuật Caldwell-Luc, cần lưu ý: tổn thương thành (xương giấy) ngăn xoang ổ mắt do mổ/ nạo xoang lệch hướng gây nhìn đôi, xuất huyết ổ mắt mũi.
- Phối hợp với nhãn khoa tổn thương mảnh ngang sàng gây: chảy nước não tủy qua mũi (xem bài phẫu thuật vách ngăn).
- Dính tầng trên hốc mũi/ tổn thương trần hốc mũi: gây mất ngủ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý của xoang hàm:

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

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

2. Chống chỉ định tương đối

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Kiểm tra hồ sơ****2. Kiểm tra người bệnh****3. Vô cảm**

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

4. Tư thế

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

5. Kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bấc.
- Tổn thương ống lệ tự.

PHẪU THUẬT MỞ XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở xoang trán là phẫu thuật mặt trước của xoang trán để quan sát trực tiếp, lấy bỏ bệnh tích trong xoang, làm ống thông trán mũi khi bị tắc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang trán mạn đã điều trị nội khoa, khoan rửa xoang trán không kết quả.
- Viêm xoang trán mạn tắc ống dẫn lưu mũi xoang tự nhiên.
- Các u lành: polyp, u nang, u ác xoang trán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang viêm cấp.
- Các bệnh về máu, tim mạch, thần kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên.

2. Phương tiện

- Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật xoang trán, máy hút.
- Thuốc: giảm đau, tiền mê (nếu gây tê), cầm máu.

3. Người bệnh

Cạo lông mày bên phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có phim Blondeau - sọ nghiêng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- Gây tê vùng: hố chân bướm hàm, hõm thần kinh trên ổ mắt.
- Gây tê tại chỗ: dọc theo đường rạch da.
- Hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

Thì 1: Bộc lộ mặt trước xoang

- Rạch da từ giữa gờ trên ổ mắt, dọc theo đường lông mày, cong xuống đến khoé trong ổ mắt.
- Rạch tiếp cơ, cân, cốt mạc.
- Bóc tách bộc lộ mặt trước xoang trán.

Thì 2: Phẫu thuật vào xoang

- Dùng đục/ khoan phẫu thuật thành trước vào xoang một hốc có đường kính 1 - 1,5 cm (tùy theo kích thước xoang) ngay trên gờ trong cung lông mày.
- Dùng kim găm xương/ khoan mở rộng tùy theo tình trạng, bệnh tích xoang.

Thì 3: Lấy bệnh tích

- Quan sát, đánh giá bệnh tích trong xoang.
- Lấy bệnh tích theo tổn thương, yêu cầu phẫu thuật.
- Lưu ý thận trọng không làm rạn, vỡ thành sau và thành dưới xoang.

Thì 4: Làm ống thông trán - mũi

- Tùy theo mức độ tắc ống thông trán mũi tự nhiên, nếu không có ống thông tự nhiên phải tạo 1 ống thông đủ rộng.
- Đặt ống dẫn lưu trán - mũi, thường dùng 2 ống để tiện bơm rửa.

Thì 5: Đóng xoang

- Nhét bác thấm dầu - kháng sinh nếu cần.
- Khâu vết mổ làm 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Thay băng ngoài sau 24 giờ.
- Rút bác hốc phẫu thuật hoặc mũi sau 48 giờ.
- Cắt chỉ ngày thứ 7.
- Làm thuốc hàng ngày đảm bảo dẫn lưu, tiết khuẩn.
- Bỏ ống dẫn lưu sau 3 - 6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu.
- Võ, thủng thành dưới xoang trán ngăn ổ mắt:
 - + Nhét bác chèn gelaspon cố định.
 - + Cho kháng sinh, theo dõi tránh biến chứng viêm tấy ổ mắt.
- Võ, thủng thành sau ngăn thùy trán:
 - + Nhét bác, chèn gelaspon cố định.
 - + Nếu có rách màng não: chèn ép bằng cân cơ hoặc khâu màng não bị rách.
- Cho kháng sinh, theo dõi tình trạng viêm màng não.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết mổ: cầm máu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh.
- Tuột ống dẫn lưu: cần cố định cho chắc khi phẫu thuật.
- Phản ứng màng não: điều trị kháng sinh, theo dõi.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỔ XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh xoang trán:

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Kỹ thuật

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

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

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

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến nặng

1.1. Chảy máu

- Thường do tổn thương các tĩnh mạch hoặc động mạch sàng, đặc biệt động mạch sàng trước.
- Xử trí nhét bắc, đông điện.

1.2. Rò dịch não tủy

Xử trí bít lấp đường dò.

1.3. Tai biến ổ mắt

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

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

2. Tai biến nhẹ

- Tổn thương ống lệ ty hoặc túi lệ.
- Đau nhức sọ mặt.

3. Tai biến hiếm gặp

- Tụ máu trong não.
- Tràn khí não.
- Tổn thương não thùy trán.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

- + Bộ nội soi.
- Thuốc: xylocain 1- 2% có pha adrenalin 0,1%.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

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

2. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch niêm mạc

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

Thì 2: Bóc tách niêm mạc

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

Thì 3: Bộc lộ vách ngăn sụn và xương

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

Thì 4: Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo

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

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

Thì 6: Đục bỏ phần chân của vách ngăn

Thì 7: Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi

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

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp sau phẫu thuật, chảy máu.
- Dùng kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.
- Rút bắc và phim nhựa sau 3 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Rách niêm mạc vách ngăn

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

2. Chảy máu

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

3. Tụ máu vách ngăn

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

4. Di chứng

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

PHẪU THUẬT THỬNG VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng vách ngăn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật 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 mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Kiểm tra hồ sơ****2. Kiểm tra người bệnh****3. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

4. Tư thế

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

5. Kỹ thuật

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

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

– Bộc lộ phía trước sụn vách ngăn, bóc niêm mạc vách ngăn ra khỏi sụn. Bóc vách ngăn thành 3 lớp qua lỗ thủng khoảng 1cm về phía sau.

– Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới. Rạch niêm mạc nơi tiếp giáp với bụng cuốn dưới to từ sau ra trước cho vạt niêm mạc 2 cuống này đủ kéo lên bịt lỗ thủng. Đối với lỗ thủng to có thể dùng thêm vạt 2 cuống nữa ở phía trên của vách ngăn. Làm sạch, cắt phần xơ sẹo của bờ lỗ thủng niêm mạc. Khâu bờ lỗ thủng niêm mạc bằng chỉ chromic 4-0.

– Lấy mảnh cân cơ thái dương đủ lớn để chèn vào giữa hai bên niêm mạc vách ngăn bịt lỗ thủng phần sụn, sao cho mảnh cân cơ trùm qua lỗ thủng khoảng 0,5-1 cm.

– Khâu xuyên niêm mạc vách ngăn hai bên qua sụn và mảnh cân cơ để cố định mảnh cân cơ và tránh tụ máu, tụ dịch trong vách ngăn.

– Khâu da tiểu trụ bằng chỉ prolene hoặc nylon 5-0 hoặc 6-0. Khâu niêm mạc tiền đình mũi bằng chỉ cutgut 4-0 hoặc 5-0.

– Cố định vách ngăn bằng mảnh nhựa ép vách ngăn. Đặt merocel hoặc gelaspon hốc mũi tránh chảy máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Cho người bệnh nhỏ nước muối vào mũi nhiều lần trong ngày.

- Rút merocel hoặc gelaspon sau 5-6 ngày.
- Rút mảnh nhựa ép vách ngăn sau 1 tuần.
- Cắt chỉ khâu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

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

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY THẦN KINH VIDIAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh đá lớn tách ra từ hạch gối kết hợp với thần kinh đá sâu từ đám rối động mạch cảnh tạo thành dây thần kinh vidian. Từ hạch bướm khẩu cái dây thần kinh vidian thoát ra ở phía sau ngoài lỗ bướm khẩu cái khoảng 5-6 mm. Phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh vidian là phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh vidian qua đường mũi ở vùng này.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi vắn mạch không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Chảy nước mũi, chảy nước mắt nhiều mạn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang hàm mạn tính.
- Trẻ em chưa mọc răng vĩnh viễn.

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 nội soi mũi xoang.

2. Phương tiện

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

4. Người bệnh

- Được làm các xét nghiệm thường quy.
- Được khám trước mổ như thông thường.
- Được khám nội soi tai mũi họng.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch.
- Xác định vị trí lỗ bướm khẩu cái nằm hơi sau và trên đuôi cuốn giữa, cách cửa mũi sau về phía trên ngoài khoảng 12mm.
- Thăm dò lỗ bướm khẩu cái bằng que thăm dò đầu tù.
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại điểm vị trí động mạch bướm khẩu cái.
- Phong bế thần kinh bướm khẩu cái hai bên, cách tiêm vào lỗ khẩu cái lớn 2ml xylocain 1% với 1:100,000 epinephrin.
- Dùng dao lưỡi liềm rạch niêm mạc theo hướng nằm ngang, cách bờ dưới lỗ bướm khẩu cái từ 5 - 10mm, để tránh tổn thương các nhánh của động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng bay chia độ tách vạt niêm mạc sát xương, mở rộng vạt niêm mạc lên trên, bộc lộ lỗ bướm khẩu cái.
- Nếu lỗ bướm khẩu cái nhỏ, có thể mở rộng ra sau và xuống dưới (nơi thành xương mỏng nhất) bằng curette để bộc lộ rõ ống dây thần kinh vidian.
- Dây thần kinh vidian được xác định ngay sau hạch bướm khẩu cái. Kéo hạch ra trước, bộc lộ dây thần kinh vidian bằng móc. Tiến hành cắt dây thần kinh bằng kéo.
- Phủ lại vạt niêm mạc, chèn gelfoam và merocel.

VI. CHĂM SÓC SAU MỔ

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Thường do tổn thương các tĩnh mạch hoặc động mạch bướm khẩu cái.

2. Xử trí

Nhét bác, đông điện.

PHẪU THUẬT TẬT LỖ MŨI SAU BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tật lỗ mũi sau bẩm sinh là sự tồn tại ở cửa mũi sau một màng chắn có thể là một màng trong, có thể là sụn hoặc xương, làm không khí không đi từ cửa mũi trước qua cửa mũi sau được.

Phẫu thuật nhằm mở lỗ mũi sau bị tật, tạo đường lưu thông không khí qua mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp tật lỗ mũi sau bẩm sinh đều phải tiến hành phẫu thuật.
- Nếu tật 1 bên mũi thì việc phẫu thuật có thể trì hoãn được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có những dị tật kèm theo như sa màng não vào hốc mũi.
- Trẻ đang bị nhiễm khuẩn cấp sốt, ho hoặc 1 bệnh cấp tính như ỉa chảy, viêm màng não
- Trẻ có bệnh về máu như chảy máu kéo dài, bệnh máu chậm đông
- Thận trọng khi trẻ có các dị tật tim mạch, thần kinh kèm theo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Soi mũi nhỏ có cán.
- Có thể dùng bộ nội soi phóng đại.
- Ống thông Itard.
- Búa và đục nhỏ thẳng cỡ 2mm, 4mm, 6mm.
- Kim chọc (trôca).
- Ống thông Nelaton.
- Giũa Rasp.
- Ống nong,

- Máy khoan, lưỡi khoan.
- Bộ dao cắt - hút.

3. Người bệnh

– Trẻ phải được khám xét tỉ mỉ về lâm sàng, cận lâm sàng (X-quang) để có chẩn đoán xác định là tịt cửa mũi sau và độ dày, phải loại trừ màng não sa vào hốc mũi. Đánh giá đúng vị trí tịt, bản chất màng tịt màng mỏng, sụn hay xương.

– Khám toàn thân, lưu ý vấn đề hồi sức kiểm tra tim phổi chuẩn bị thật tốt (nếu phải gây mê).

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trường hợp màng bịt mỏng

- Lấy ống thông Nelaton hoặc ống thông Engom chọc mạnh qua màng bịt lỗ mũi sau.
- Hoặc dùng ống thông Itard chọc thủng màng bịt lỗ mũi sau.
- Hoặc cắt bằng dao cắt hút qua nội soi (microdebrider).

2. Trường hợp là sụn, xương

2.1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

2.2. Kỹ thuật

- Đặt ephedrin 1% hoặc adrenalin 1/3000 - 1/5000.
- Dùng kim chọc dò thử, nếu không xuyên được dùng đục, đục từ trước ra sau kích thước từ 2 mm trở lên tùy theo tuổi hoặc dùng khoan mở rộng lỗ tịt xương, sụn.
- Đặt nong bằng 1 ống nhỏ vòng qua cửa mũi sau để giữ cho đường vừa mở được thông.
- Cố định ống nong.
- Giữ ống nong trong 6 tháng.

VI. THEO DÕI

- Ống nong phải đảm bảo thông, không bị nhiễm khuẩn.
- Nhỏ 1 - 2 giọt adrenalin 0,1% phòng hội chứng xanh sốt.

- Theo dõi chảy máu.
- Phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.
- Phòng phù nề niêm mạc.
- Hàng tháng kiểm tra ống nong.
- Sau 6 tháng rút ống nong.
- Theo dõi đề phòng tịt trở lại.
- Chú ý chế độ ăn uống.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bông cầm máu.
- Phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.
- Vỡ thành trên sọ tổn thương đáy sọ: không đục quá sâu.
- Vỡ sàn mũi tổn thương hàm ếch: khâu lại.
- Tổn thương vách ngăn, các cuốn mũi: cần sửa lại.

PHẪU THUẬT MỞ CẠNH MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một phẫu thuật nhằm tạo ra một đường rộng để đi vào hốc mũi, xoang sàng, xoang hàm và họng bên mũi bằng cách rạch và mở cánh mũi, rãnh mũi má, cắt bỏ xương chính mũi 1 bên và 1 phần ngành lên xương hàm trên.

II. CHỈ ĐỊNH

- U hốc mũi.
- U vùng sàng - hàm, hốc mũi.
- U vùng vòm mũi họng và cửa mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Như chống chỉ định của các phẫu thuật Tai Mũi Họng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

Nguồn sáng (đèn Clar/ đèn trán), bộ dụng cụ phẫu thuật xoang kinh điển.

3. Người bệnh

Hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cơ bản, chụp X-quang (Blondeau, Hirtz, sọ nghiêng, hoặc CT scan mũi xoang).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, phẫu thuật viên đứng ở cùng bên mổ hoặc ở bên phải, phụ 1 đứng bên đối diện, phụ 2 đứng phía đầu.

3. Kỹ thuật

Có 6 thì:

- Rạch da từ đầu trong cung mày.

- Bóc vén da và cốt mạc, tách niêm mạc mũi rời khỏi xương chính mũi.
- Thăm dò, xác định thể tích, độ lan rộng, chân bám khối u.
- Lấy bỏ u sau khi đã bóc tách rời.
- Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ.
- Kết thúc đặt bác có lót gelaspon hoặc vỏ Mickulicz, khâu phục hồi 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi và chăm sóc

- Chảy máu từ mép vết mổ, từ xương hay từ đông điện cầm máu.
- Rút bác sau 24 - 48 giờ.
- Làm thuốc mũi ngày.
- Cắt chỉ vào ngày thứ 7 sau mổ.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau rút bác: nhét bác lại.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Dò, chảy dịch não tủy do tai biến vỡ, nứt xương sàng: chèn bác có lót gelaspon hoặc cân cơ thái dương.

PHẪU THUẬT CẮT PHẦN GIỮA XƯƠNG HÀM TRONG UNG THƯ SÀNG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy bỏ khối u ác tính trong xoang hàm, xoang sàng và /hoặc hốc mũi. Trên thực tế, tùy theo mức độ lan tràn của khối u mà đường vào có thể khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư sàng hàm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Như trong các phẫu thuật nói chung.
- Thể trạng người bệnh quá già yếu nên dùng các phương pháp điều trị khác.
- Ung thư sàng hàm giai đoạn T3N3M1.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Các dụng cụ phẫu thuật xoang, dao điện, khoan điện.
- Chuẩn bị sẵn 1 hoặc 2 đơn vị máu cùng nhóm để truyền khi có chảy máu nhiều.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ngoài các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật gây mê còn phải có phim Blondeau, Hirtz, sọ nghiêng và CT Scan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Mê nội khí quản.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa có gối đầu.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc cùng bên phẫu thuật, người phụ đứng bên đối diện và phía đầu.

3. Kỹ thuật

Có 7 thì:

- Rạch da theo đường cạnh mũi đi từ góc trong mắt tới khớp mũi trán dọc theo rãnh mũi má và vòng theo cánh mũi và cắt rời sụn cánh mũi.
- Bộc lộ xương chính mũi và một phần ngành lên xương hàm trên, có thể bộc lộ rộng cả mặt trước xoang hàm.
- Đánh giá và lấy bỏ u. Trong trường hợp khối u đã lan trong hốc mũi xoang phải lấy bỏ hết cả vách mũi xoang, cuốn giữa và dưới.
- Kiểm tra cầm máu, làm sạch hốc mũi.
- Đặt bác dầu kháng sinh có lót geslaspon kiểu Mickulicz.
- Khâu phục hồi 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**1. Chăm sóc và theo dõi**

- Chảy máu.
- Nhiễm khuẩn.
- Rút bác sau 48 giờ.
- Làm thuốc mũi hàng ngày.
- Cắt chỉ vào ngày thứ 7 sau mổ.
- Thuốc sau mổ: kháng sinh, giảm phù nề, chống viêm, giảm đau và cầm máu.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu ngay sau mổ hoặc sau khi rút bác.
- Rò dịch não tủy do vỡ hoặc nứt mảnh ngang xương sàng: chèn/ lót gelaspon hoặc phẫu thuật lại lót cân cơ thái dương.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U XƠ MẠCH VÒM MŨI HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ mạch vòm mũi họng là một khối u lành tính, phát sinh và phát triển ở vùng cửa mũi sau và vòm mũi họng, thường gặp ở trẻ nam tuổi thiếu niên. Bản chất u là tăng sinh mạch máu, tổ chức xơ bao quanh các hồ máu, gây chảy máu rất nhiều trong khi mổ.

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, găm xương, kéo cắt cuốn mũi.
- Ống hút vi phẫu các cỡ khác nhau.
- Bộ dao điện, đông điện, với mũi thẳng và cong.
- Bộ kẹp cầm máu Agraf (có sấp cầm máu xương rất tốt).
- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bấc mũi, gạc.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

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

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Kỹ thuật

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

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

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

Thì 4: Dùng đông điện lưỡng cực đông điện ven theo diện chân bám u, nên đi từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ ngoài vào trong. Vừa đông điện vừa dùng bay tù đầu Freer để bóc tách diện bám u ra khỏi vùng cánh chân bướm và vừa đẩy dần u ra cửa mũi sau vòm họng xuống họng miệng. Chú ý vừa phải cầm máu thật kỹ bằng đông điện lưỡng cực, các vị trí dễ chảy máu nhiều là diện chân bám, bờ trên cửa mũi sau -vị trí nuôi dưỡng của nhánh trên của động mạch khẩu cái sau, vùng cửa mũi sau gần lỗ ra của động mạch chân bướm khẩu cái. Vừa đông điện, vừa tách diện chân bám khối u ra khỏi u: ở vùng chân bướm, diện bám thường lan theo bờ cửa mũi sau lên khe trên, đuôi cuốn giữa, cuốn trên và có thể vào cả trong xoang bướm, ra sau vào vùng thành bên vòm họng hoặc cả trần vòm họng, u có thể lan rộng vào cả hố chân bướm hàm, xoang hàm. Bóc tách và đông điện kỹ để tách rời toàn bộ diện bám và đẩy gạt khối u xuống vùng họng miệng. Sau đó, dùng đèn lưỡi kiểm tra và lấy khối u theo đường họng miệng, thường thấy khối u tụt xuống lấp ló sau màn hầu.

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

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

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi

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

2. Chăm sóc hậu phẫu

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

3. Rút bác mũi, merocel

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

4. Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bác mũi

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

5. Ra viện sau 7 ngày

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**1. Tai biến về gây mê**

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

2. Tai biến chảy máu

Có thể do động mạch bướm khẩu cái, họng lên. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám.

Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u.

Sau khi nhét bác mũi tốt mà vẫn chảy máu, hoặc còn chảy nhiều trong, sau mổ sẽ phải kiểm tra bằng chụp mạch và nút mạch, hoặc thắt động mạch cảnh ngoài, hay thắt chọn lọc hàm trong.

Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết.

Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

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

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

4. Dò dịch não tủy

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

5. Tụ máu ổ mắt

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

PHẪU THUẬT RÒ SỐNG MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò sống mũi là một đường rò bẩm sinh thường thông với một nang. Thường gặp ở trẻ nhỏ. Nang rò này thường xuất phát từ phía sau khớp mũi trán hoặc phía sau xương chính mũi nơi tiếp giáp giữa sụn và xương. Thường lỗ rò rất nhỏ thỉnh thoảng có ít dịch hoặc bã đậu phòi ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có lỗ rò thỉnh thoảng bội nhiễm lại sưng đỏ. Nên làm ở trẻ trên 3 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Cán dao, lưỡi dao số 11.
- Kéo cong, kéo thẳng nhỏ.
- Bay nhỏ.
- Kẹp phẫu tích có màu, không màu nhỏ.
- Kim, chỉ.
- Gạc, củ ấu.
- Đông điện:
 - + Thuốc co mạch dạng tiêm (octocain)
 - + Thuốc chỉ thị màu để bơm vào đường rò.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án chuyên khoa với đầy đủ xét nghiệm máu để gây mê. Nếu có phim chụp đường rò có bơm thuốc cản quang càng tốt.

2. Kiểm tra người bệnh

Giải thích kỹ cho người bệnh (gia đình) trước khi phẫu thuật.

3. Kỹ thuật

- Gây mê toàn thân (nếu là trẻ nhỏ), gây tê tại chỗ bằng Octocain (nếu là người lớn).
- Tiêm chỉ thị màu vào đường rò.
- Rạch da hình mũi cam quanh miệng lỗ rò hướng đường rạch phải đi song song với các nếp nhăn tự nhiên trên mặt cạnh mũi.
- Dùng kéo hoặc kẹp phẫu tích bóc tách dọc theo đường rò để bóc lộ toàn bộ đường rò và nang rò. Đường rò thường nằm nông còn nang rò thường chui vào sau xương chính mũi hoặc khớp mũi trán, phải bóc tách, lấy toàn bộ nang rò thì bệnh mới không tái phát.
- Khâu da ở vùng sống mũi bằng chỉ psollen hoặc chỉ nylon nhỏ cho sẹo đẹp. Cắt chỉ sau 5 - 6 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, chống phù nề.
- Thay băng hàng ngày, băng ép vùng vết thương để tránh tụ máu.