

Chương II

LĨNH VỰC CẤP CỨU

LẤY DỊ VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Bông, bác để có thể phải nhét bác hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Bành mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
 - + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hoá, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bắc mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.
- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chảy máu mũi trước (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếu qua cửa mũi trước) không cầm được bằng những biện pháp đơn giản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Bấc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, dầu gômênon.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.
- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

3. Kỹ thuật

- Hút máu đông trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu.
- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bác tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm vững và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.
- Đề lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau, cầm máu, chống phù nề
- Rút bác tối đa sau 48 giờ.

2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật, dùng thuốc an thần, trợ tim mạch.
- Tuột bác xuống họng do không làm vững hoặc nhét không chặt: nhét lại bác, chú ý làm vững và nhét chặt ngay từ đầu.
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: kiểm tra hốc mũi bên kia xem có chảy máu không, kiểm tra lại xem nhét bác có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theo chảy máu mũi sau phải nhét bác mũi sau.

NHÉT BẮC MŨI SAU

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Cuộn gạc chặt, kích thước 2 cm đường kính, chiều ngang 3 - 3,5 cm, có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lạnh to, bấc mũi hoặc merocel.

– Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, gomenol.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.
- Kiểm tra mạch, huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

3. Kỹ thuật

- Hút máu đông ở hai bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.
- Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng, kéo qua môm bằng kìm Kocher.
- Buộc 2 trong số 4 đầu chỉ của cuộn bác đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầu ống sonde.
- Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải đẩy cuộn bác lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.
- Nhét bác mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).
- Cố định cuộn bác bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.
- Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.
- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.
- Rút bác sau 48 giờ.

2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ cho người bệnh, dùng thuốc an thần, trợ tim.
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: có thể vì cuộn bác quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải nhét lại.

CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước, nếu không tự cầm máu mới cầm máu mũi bằng merocel.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.

3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

3.3. Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.
- Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

VI. THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

Rút merocel trong vòng 48 giờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng merocel cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).

– Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản).

3.3. Kỹ thuật

3.3.1. Soi gấp dị vật hạ họng bằng kim Frankael

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

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

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

VI. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.
- Điều trị tràn khí nếu có.
- Dị vật xuyên thấu thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

LẤY DỊ VẬT TẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

– Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.

– Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu.

Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37- 38°C).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
 - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
 - + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
 - + Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

- + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
- + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.
- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm xây sát, chảy máu: phải đặt bác thấm dầu + kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.
- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

SOI THANH KHÍ PHẾ QUẢN, CHẨN ĐOÁN VÀ LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thanh khí phế quản là đưa ống soi cứng hoặc mềm vào thanh khí và phế quản để thăm khám chẩn đoán và làm các thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật đường thở.
- Ho ra máu.
- Dẫn phế quản.
- Cắt hạt xơ, polyp dây thanh âm.
- Bấm sinh thiết khối u ở thanh quản để chẩn đoán.
- Nấm phế quản.
- Viêm phế quản mủ.
- U phế quản, khí quản.
- Khó thở sau phẫu thuật.
- Chấn thương thanh khí quản (soi bằng ống mềm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng.
- Lao phổi đang tiến triển.
- Dẫn quai động mạch chủ thì chống chỉ định với ống soi cứng.
- Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm nội hô hấp.

2. Phương tiện

Máy soi phế quản cứng, máy soi phế quản mềm, máy hút, oxy, thuốc gây tê tại chỗ, kẹp sinh thiết, kẹp gấp dị vật.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu, nước tiểu, chụp phổi trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi, sáng hôm soi nhịn ăn uống, lấy mạch, nhiệt độ.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.
- Đưa ống soi vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy dị vật dùng kẹp gấp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật).
- Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

VI. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.
- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh khí quản. Khi bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy, khi có co thắt tiêm thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột.
- Chảy máu: cầm máu tại chỗ

– Suy hô hấp cấp do dị vật bít tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2. Sau khi soi

– Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.

– Sốt cao, da xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ mũi bằng adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy, an thần, hồi sức, nếu cần đặt nội khí quản và thở máy.

SOI THỰC QUẢN LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ có bệnh thực quản.
- Dị vật thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Lao cột sống cổ.
- Bị nhiễm trùng cấp, viêm thực quản cấp, áp xe thực quản cổ, áp xe trung thất (do dị vật).
- Cao huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim.
- Phồng quai động mạch chủ.
- Bỏng thực quản ở giai đoạn choáng.
- Khít hàm.

Đối với ống soi mềm vẫn có chỉ định soi rộng rãi, trừ: nhiễm trùng lan rộng (áp xe quanh thực quản).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm soi thực quản.

2. Phương tiện

- Bộ ống soi thực quản cứng hoặc mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).
- Máy hút, ống hút.
- Kẹp sinh thiết hoặc gắp dị vật.

- Ô xy.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Làm xét nghiệm cơ bản, chụp thực quản cản quang hoặc cổ nghiêng.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi.
- Nhịn ăn, uống trước soi 2 giờ.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan làm kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê niêm mạc hoặc gây mê nội khí quản.
- Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thật đi sau 2 sụn phổi.
- Đưa ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cổ tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.
- Soi thực quản ngực tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.
- Vượt qua eo cơ hoành.
- Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

VI. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, nhịp thở, huyết áp, màu sắc da và niêm mạc.
- Theo dõi sau soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Phản xạ co thắt thanh quản đối với trường hợp gây tê:
 - + Dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh quản, họng, hạ họng.
 - + Khi bắt đầu xuất hiện dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy; khi còn có co thắt thực sự tiêm ngay thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Khó thở do dị vật to hay ở trẻ gây chèn ép: ngừng soi, cho gây mê dẫn cơ, đặt nội khí quản sau đó soi thực quản.

– Phản xạ ngừng tim: khi phát hiện biểu hiện ngừng tim phải ngừng soi, cho thở oxy kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ. Nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp ngoài lồng ngực.

– Chảy máu: do rách, thủng thực quản, cầm máu tại chỗ, theo dõi mạch, huyết áp. Nếu cần truyền máu hồi sức, gửi ngoại khoa.

2. Sau khi soi

– Hội chứng sốt cao xanh tái trẻ nhỏ: đề phòng bằng cách sau soi nhỏ mũi adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy an thần, gây mê nội khí quản thở mask.

– Thủng thực quản: hồi sức, kháng sinh liều cao, đặt ống thông dạ dày, chuyển khoa ngoại điều trị.

– Khó thở do sang chấn: cho kháng sinh, thuốc chống phù nề, thở oxy.

CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hoá mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Đèn Clar, gương trán...
- Đèn lưỡi khuỷu.
- Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.
- Dao chích nhọn mũi.
- Kim Lube - Bachông.
- Máy hút.
- Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Tư thế

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

3. Kỹ thuật

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1 cm.
- Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.
- Dùng kim Lube - Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.
- Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.
- Làm thuốc hàng ngày: dùng kèm Lube-Bacbông banh rộng vết rạch, rửa ổ áp xe.
- Chỉ định cắt amidan sau 3 - 4 tuần để đề phòng tái phát.

2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh về thủ thuật, dùng thuốc trợ tim, trợ lực, an thần...
- Chảy máu ít: dùng bông tẩm dung dịch oxy già 12 đơn vị đặt vào vết rạch.

CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Chích áp xe thành sau họng là chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng, khoảng 1 của Henle. Thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi do viêm nhiễm hạch Gilet.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe thành sau họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Nguồn sáng (đèn Clar...).
- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.
- Máy hút.
- Đè lưỡi khuỷu.
- Dao chích nhọn mũi.

3. Người bệnh

Được quán chặt bằng khăn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn, đầu thấp, thò ra đầu bàn do một người phụ giữ.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh (nếu thuận tay phải).

3. Kỹ thuật

- Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.
- Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5 mm, hút bớt mủ cho áp xe xẹp lại, người bệnh sẽ dễ thở hơn.
- Dùng dao nhọn chích theo chỗ chọc dò theo chiều trên dưới dài 5 mm.
- Hút sạch mủ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Ngạt thở, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.
- Khám lại họng hàng ngày, nếu cần thiết phải banh rộng vết chích và hút mủ.
- Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

2. Xử trí

- Đè lưỡi quá thô bạo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho người bệnh thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút bớt mủ.
- Khi chích, mủ trào ra nhiều tràn vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân dốc ngược đầu xuống.

NẮN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên, người phụ thứ hai giữ đầu.

2. Phương tiện

- 01 cặp khuỷu.
- 01 bay to và đủ cứng, kìm nâng sống mũi cuốn (Asch - Walsham).
- 01 soi mũi.
- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.
- Khăn, bấc nhét mũi có tẩm dầu.
- Gạc có tẩm bột thạch cao hoặc nhựa bột (nhựa nhanh cứng).
- Ống hút và máy hút.

3. Người bệnh

- Chụp phim Blondeau, Hirtz, mũi nghiêng (tia mềm hơn).
- Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.
- Thông thường xử trí chấn thương gãy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bấc có thấm dung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hõm mũi hai bên.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê

2. Đối với gãy kín

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

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

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

– Nếu bên kia cũng gãy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bác phải chỉnh lại vách ngăn cho cân đối.

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

3. Đối với xương chính gãy hở

– Phải xếp lại xương gãy về vị trí cũ.

– Độn gạc giữ phía bên trong mũi.

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

– Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

VI. THEO DÕI

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

– Nếu gãy hở, bẩn, cần tiêm S.A.T.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: nhét lại bác cho chặt.

– Xương không liền tốt, can xấu: đập can, nắn lại.

– Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.

– Viêm xoang do ứ đọng.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XƯƠNG GÒ MÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương gò má là một phần của khối xương mắt, là một xương dầy, khỏe, hình 4 cạnh tiếp khớp với 4 xương gồm xương trán, cánh lớn, xương bướm, xương thái dương, xương hàm trên.
- Chấn thương xương gò má là chấn thương khá thường gặp, tùy vào loại chấn thương và vị trí chấn thương có thể ảnh hưởng tới mắt và khớp thái dương hàm.
- Người ta phân chấn thương xương gò má thành 6 nhóm dựa vào sự di lệch của đường gãy:
 - + Gãy xương không di lệch.
 - + Gãy cung tiếp.
 - + Gãy thân xương gò má không bị xoay.
 - + Gãy thân xương gò má xoay vào trong.
 - + Gãy thân xương gò má xoay ra ngoài.
 - + Gãy nhiều đường.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương gò má có di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi gãy xương gò má không di lệch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng phụ giúp.

2. Phương tiện

- Thường là gây mê toàn thân.
- Dao mổ, kéo, bay, lóc xương.

3. Người bệnh

- Được bác sĩ giải thích kỹ về phẫu thuật trước mổ.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ với xét nghiệm cơ bản, phim chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) chấn thương.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Gãy cung tiếp có di lệch nhiều hoặc ảnh hưởng tới khớp thái dương hàm phải nắn chỉnh lại theo phương pháp của Gillies: Đường rạch da dài 2 cm ở chân tóc mái. Bóc tách bộc lộ cân cơ thái dương. Rạch qua cân thái dương để đưa bẫy vào phía trong cung tiếp bẫy nắn chỉnh cung tiếp về vị trí bình thường.

– Gãy xương gò má mức độ vừa có di lệch: có thể dùng phương pháp nắn chỉnh của Gillies vá đơn thân hoặc phẫu thuật nắn chỉnh xương và kết hợp bằng nẹp vít ở 2 hoặc 3 vị trí như ở bờ dưới ổ mắt, mẫu ngoài ổ mắt, phần gò má cung tiếp.

– Gãy xương gò má mức độ nặng: là một phẫu thuật phức tạp bởi thể gãy này di lệch nhiều và gãy vỡ làm nhiều mảnh vụn, thường gặp các tổn thương phối hợp ở mắt. Đường vào kết hợp xương là những đường rạch ở da hay niêm mạc tùy từng vị trí cần kết hợp. Sau khi bóc lộ vùng xương gãy nắn chỉnh kết hợp xương bằng chỉ thép hoặc nẹp vít.

– Gãy sàn ổ mắt: trong thể gãy xương gò má có tổn thương sàn ổ mắt nên tổ chức quanh ổ mắt thoát vị xuống xoang hàm gây hạn chế vận động của nhãn cầu, nhìn đôi, cần phẫu thuật tái tạo sàn ổ mắt. Nếu tổn thương mất xương nhiều có thể phải dùng vật liệu tự thân như sụn vách ngăn, sụn sườn hoặc nhân tạo như lưới ti tan, mảnh xốp polycthylen để sửa chữa khe hở sàn ổ mắt sau khi đã giải phóng phần thoát vị của tổ chức ổ mắt ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh tiêm.
- Phù nề: dùng chống viêm, giảm phù nề.
- Theo dõi vận động nhãn cầu, há miệng xem có loét không.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG KHỐI MŨI SÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương khối mũi sàng là một chấn thương tai mũi họng khá thường gặp, khá phức tạp.
- Việc xử trí phức tạp và khó khăn.
- Thực chất chấn thương khối mũi sàng gồm 2 loại hình là:
 - + Chấn thương tầng giữa sọ mặt.
 - + Chấn thương tầng trên sọ mặt.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có chấn thương khối mũi sàng có di lệch với tình trạng toàn thân ổn định, chấn thương sọ não đã được loại trừ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có tình trạng cấp cứu khác cần giải quyết như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên, nắm chắc giải phẫu vùng mũi xoang.
- Bác sĩ phụ mổ, điều dưỡng, dụng cụ viên.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.
- Nẹp vít hoặc chỉ thép.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về bệnh và cách xử trí trước khi phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ với các xét nghiệm cơ bản để gây mê.

Có đầy đủ phim chụp CT scan vùng chấn thương và vùng lân cận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê toàn thân với ống nội khí quản.
- Cách thức rạch da và nắn chỉnh xương gãy khác nhau tùy loại tổn thương. Nếu vỡ đơn giản di lệch ít có thể nắn chỉnh bằng móc, bay để mảnh xương trung gian về vị trí bình thường sau đó có thể cố định xương với nẹp vít hoặc chỉ thép.

Nếu vỡ phức tạp của khối mũi sàng rời ra nhiều mảnh lan rộng đến hố lệ, loại vỡ phức tạp này đôi khi làm chảy dịch não tủy vào hốc mũi, bắt buộc phải sử dụng kỹ thuật kết xương để tạo hình lại sống mũi thành trong ổ mắt. Nếu mặt xương lớn đôi khi phải dùng mảnh ghép xương để tái tạo lại tổn thương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cầm máu.
- Chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh.
- Chống phù nề: thuốc chống phù nề.
- Viêm màng não ở những trường hợp có rò dịch não tủy: kháng sinh thường là dùng cephalosporin thế hệ II, chống phù não.
- Theo dõi chức năng vận động của mắt, thị lực.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG THANH KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương thanh khí quản là bệnh lý nguy hiểm đe dọa đến tính mạng người bệnh. Vấn đề điều trị bao gồm xử trí cấp cứu để bảo đảm thông khí tại đường thở nhằm cứu sống người bệnh ngay sau khi chấn thương. Vấn đề điều trị chuyên khoa cần phải làm sớm bao gồm điều trị nội khoa đơn thuần hoặc phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bằng chứng rõ ràng qua nội soi hay chụp cắt lớp vi tính có tổn thương rách niêm mạc, hở sụn, bất động dây thanh hay vỡ phức tạp.
- Những tổn thương nặng nề như rách rộng niêm mạc lan đến mép trước, vỡ sụn vụn nát, trật khớp sụn phếu.
- Vết thương thanh khí quản hở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong các chống chỉ định vì lý do gây mê hồi sức, tuy nhiên, không có chống chỉ định tuyệt đối. Nếu tổn thương đe dọa tính mạng người bệnh thì vẫn phải thực hiện phẫu thuật cấp cứu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ nội soi thanh khí quản ống cứng và optic.
- Bộ nội soi thực quản ống cứng.
- Dao mổ lưỡi 15 và 20.
- Kéo thẳng, kéo sim.
- Kẹp phẫu tích cầm máu các loại.
- Faraboeuf nhỏ 2 chiếc.
- Faraboeuf lớn 2 chiếc.

- Bay bóc tách cỡ to và nhỏ.
- Kẹp phẫu tích có máu và không máu.
- Bờ cào 2 răng đầu tròn.
- Chỉ khâu vicryl từ 1.0 đến 6.0.
- Chỉ thép hoặc chỉ không tiêu từ 1.0 đến 2.0 hoặc nẹp vít đường kính từ 1 mm đến 2 mm.
- Ống nong thanh quản.

3. Người bệnh

Tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Mở khí quản (nếu chưa được xử trí mở khí quản cấp cứu)

Thì 2: Soi thanh khí phế quản và thực quản trực tiếp bằng ống cứng và optic có gắn camera để đánh giá tổn thương một cách chính xác.

Thì 3: Phẫu thuật mở chỉnh hình thanh khí phế quản:

- Gây tê tại chỗ (bằng lidocain).
- Rạch da theo đường nếp lằn cổ ở mức ngang giáp nhẫn hoặc thấp hơn tùy tổn thương.
- Bóc tách vạt da kéo lên ngang mức xương móng, phía dưới ngang mức sụn nhẫn hoặc thấp hơn xuống dưới lỗ mở khí quản.
- Tách nhóm cơ dưới móng bộc lộ trực tiếp thanh khí quản và các đường võ.
- Rạch sụn giáp ở giữa xuyên qua màng giáp nhẫn hoặc sụn khí quản để bộc lộ lòng thanh khí quản.
- Đánh giá tổn thương trong lòng thanh khí quản.
- Khâu phục hồi các phần cơ dây thanh bị đứt, niêm mạc bị rách.
- Nối lại các mảnh tổn thương của thanh quản và khí quản bị đứt bằng vicryl 2.0 đến 4.0.
- Cố định đường võ bằng chỉ thép, chỉ không tiêu hay kết hợp bằng nẹp vít.
- Ghép tổ chức niêm mạc hoặc da trong trường hợp có tổn thương mất chất.
- Đóng lại đường mở sụn giáp bằng chỉ thép, chỉ không tiêu hay kết hợp bằng nẹp vít.
- Đóng lại màng sụn, cân, cơ và da.
- Đặt nong khi cần thiết.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Đặt sonde dạ dày để tránh hiện tượng ăn sặc vào đường thở sau phẫu thuật.
- Nghe phổi, chụp phổi theo định kỳ.
- Thuốc kháng sinh, chống viêm, chống trào ngược.
- Thay băng hàng ngày.
- Rút ống nong sau 7 ngày, 2 tuần, hoặc 6 đến 8 tuần tùy theo từng loại ống nong hoặc tình trạng tổn thương của người bệnh.
- Nội soi kiểm tra cắt tổ chức hạt sau khi rút ống nong.
- Rút ống thở sau khi sau khi người bệnh đã được nút ống thở mà thở tốt qua đường tự nhiên hoặc soi thanh khí quản kiểm tra, đánh giá lòng đường thở đã đủ rộng.

2. Xử trí

- Chảy máu vào đường thở hoặc vết mổ: tiến hành mở lại hốc mổ cầm máu.
- Tắc ống thở: thay ống thở hoặc hút rửa ống thở.
- Nhiễm trùng: dùng loại kháng sinh phù hợp.
- Tổ chức hạt che lấp lòng đường thở: tiến hành nội soi cắt tổ chức hạt.
- Sẹo hẹp thanh khí quản: mổ chỉnh hình thanh khí quản.

PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật mở vào vùng tổ chức liên kết quanh thực quản cổ, ngay cạnh bó mạch cảnh để dẫn lưu mủ hoặc lấy dị vật, hoặc mở vào thực quản, cạnh thực quản để lấy dị vật hoặc khâu thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe vùng quanh thực quản do dị vật đường ăn đâm thủng thực quản ra ngoài, mở để dẫn lưu mủ của áp xe.
- Viêm tấy tổ chức liên kết vùng cổ.
- Chấn thương gây thủng thực quản.
- Dị vật thực quản cổ to quá, không lấy được bằng đường tự nhiên.
- Mở cạnh cổ để cắt bỏ túi thừa thực quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng và người phụ.
- Phẫu thuật viên đứng ở bên cần mổ.
- Người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên.
- Người phụ thứ hai đứng ở phía đầu người bệnh.

2. Phương tiện

02 Dao mổ; 01 bóc tách lòng máng; 01 kéo thẳng; 01 kéo cong dài; 01 kìm phẫu tích có răng và không răng; 04 kìm Kocher; 10 kìm Halsted; 02 banh Farabeup; kìm cặp kim và kim khâu; 04 kìm cặp khăn mổ, 01 kìm Kocher 20 cm; khăn, gạc, chỉ (lạnh và catgút), thông Nelaton; ống hút và dây hút.

3. Người bệnh

- Người bệnh và người nhà được chuẩn bị kỹ về tư tưởng, cách ăn uống sau này bằng thông và những nguy hiểm có thể xảy ra khi mổ.
- Hồi sức chu đáo cho người bệnh vì bị mệt quá lâu ngày do không ăn uống được, do nhiễm khuẩn và nhiễm độc.
- Nếu có khó thở phải mở khí quản trước.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đầy đủ xét nghiệm cơ bản, phim chụp cổ nghiêng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Có thể gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ.

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, đặt một gối ở dưới vai và nghiêng đầu sang bên đối diện. Có thể đặt một sonde thực quản để khi mổ dễ nhận biết.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da dài 10 cm dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm bắt đầu từ bờ trên sụn giáp đến trên khớp ức đòn 1 cm, tìm cân cổ nông và rạch cân cổ nông ở bờ trước cơ ức đòn chũm. Giải phóng bờ trước cơ này và kéo ra phía ngoài.

Thì 2: Cắt lớp cân cổ giữa, bóc tách các cơ dưới móng: cơ ức - móng, cơ ức - giáp, cơ vai - móng bóc. Tách cơ vai móng và dùng dao cắt cơ này, cân giữa lộ ra trên toàn vết mổ; bóc tách mỡ vỏ bọc của ổ áp xe, mũ trào ra. Đến cân cổ sâu, bó mạch, thần kinh cảnh, kéo bó mạch ra ngoài.

Thì 3: Buộc các mạch máu giáp trạng và cắt:

- Tĩnh mạch giáp trạng giữa.
- Động mạch giáp trạng dưới, thắt xa tuyến giáp để tránh thần kinh quặt ngược.
- Sờ thấy đốt sống cổ, khí quản và thực quản.

Thì 4: Rạch thực quản

Chỉ rạch thực quản khi dị vật to quá không lấy bằng đường tự nhiên được. Rạch thực quản xa dây thần kinh hồi quy (tức là rạch ở mặt sau của thực quản gần cạnh bên trái).

Dùng kim Rose lấy dị vật.

Thì 5: Xử trí vết mổ

- Nếu tổn thương thực quản gọn, không nhiễm khuẩn, có thể khâu ngay, khâu từng bình diện.
- Nếu nhiễm khuẩn nát, nhiều mũ không khâu, để khâu thì 2. Đặt hút rửa liên tục nếu nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng sâu, có nhiều mũ và tổ chức hoại tử.

- Đặt bác kháng sinh hốc mủ để dẫn lưu.
- Đặt sonde thực quản cho người bệnh ăn sau mổ.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

– 24 giờ đầu truyền dịch, ngày thứ 2 ăn sữa qua sonde thực quản, sau là các chất lỏng qua thông.

– Nếu hốc mủ có mủ thay băng ngày 1 - 2 lần rửa oxy già, hoặc hút rửa liên tục.

2. Xử trí

– Viêm trung thất mủ do mủ từ vùng cổ tràn xuống: kháng sinh, dẫn lưu trung thất, hút rửa liên tục.

– Viêm màng phổi mủ: chọc dẫn lưu mủ màng phổi.

– Vỡ động mạch cảnh do dị vật chọc thủng hoặc do nhiễm khuẩn làm vỡ mạch máu; chảy máu ồ ạt:

+ Phẫu thuật viên dùng ngón tay ép chặt vào đoạn mạch bị rách - mời ngay phẫu thuật viên mạch máu đến phối hợp phẫu thuật khâu hoặc thắt mạch máu. Nếu không xử trí nhanh người bệnh sẽ bị tử vong.

+ Nếu không có phẫu thuật viên mạch máu thì kẹp bằng kẹp hai đầu lỗ thủng, làm sạch vết thương và khâu mạch máu.

PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Bí tắc đường hô hấp trên do u, viêm, dị vật, chấn thương vùng cổ và thanh quản như:

- Dị vật thanh quản, khí quản, hạ họng.
- U hạ họng, thanh quản, u tuyến giáp chèn ép vào trong lòng khí quản.
- Viêm thanh quản bạch hầu, viêm thanh thiệt, viêm toàn bộ thanh quản phù nề, dị ứng.
- Chấn thương cổ và thanh quản.
- Liệt cơ mở thanh quản, uốn ván gây co thắt bất thường.
- Bại liệt thể hành não.
- Mở khí quản để phòng ngừa trước trong những phẫu thuật lớn vùng cổ mặt.
- Mở khi trong trường hợp phải hồi sức thở máy lâu dài.
- Sẹo hẹp thanh khí quản.
- Tổn thương từ bên ngoài chèn vào đường thở như u, viêm nhiễm trên sụn thanh khí quản gây xẹp thanh khí quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

01 dao mổ thường, 01 dao mổ nhỏ, 01 kéo thẳng, 01 kéo Sim, 04 kìm Kocher, 04 kìm Halstead, 02 banh Farabeup, 01 banh ba chạc Laborde, 01 bóc tách lòng máng, 02 kẹp phẫu tích (có máu và không máu) 01 kìm cặp kim và kim, chỉ, 01 ống hút, dây cao su, máy hút, canuyn khí quản.

3. Người bệnh

Được chuẩn bị chu đáo theo quy định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có 3 loại mở khí quản: mở cao, mở trung bình và mở thấp. Trong trường hợp tối cấp có thể dùng một kim to (trocar) chọc qua màng giáp nhân cho người bệnh thở tạm.

1. Vô cảm

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

2. Tư thế

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

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

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da

Phẫu thuật viên dùng tay trái giữ lấy sụn giáp (ngón cái và ngón giữa hai bên sụn giáp ngón trỏ giữ giữa sụn giáp). Rạch từ bờ dưới sụn nhân, đường rạch khoảng 3 cm, cắt da và lớp mỡ dưới da, bóc lộ được cân nông, nếu chảy máu kẹp tạm.

Thì 2: Tách cơ

Dùng dao rạch cân nông theo đường trắng giữa. Dùng bóc tách, tách 2 nhóm cơ dưới móng sang hai bên. Dùng banh Faraboeuf kéo hai nhóm cơ sang hai bên.

Thì 3: Bóc lộ khí quản

Dùng bóc tách lòng máng gỡ tổ chức trước khí quản, kéo nhẹ eo tuyến giáp xuống dưới hoặc lên trên để bóc lộ khí quản. Nếu eo to quá dùng hai kẹp Kocher kẹp hai bên rồi cắt eo, để khâu buộc sau.

Thì 4: Chỉ rạch khí quản khi thấy vòng sụn khí quản

Tiêm nhanh 1ml xylocain 1% vào khí quản để phản xạ ho (trước khi bơm hút ra có khí là đúng khí quản). Dùng dao nhỏ lưỡi dao quay lên trên, chọc thủng khí quản rồi hất lên trên theo đúng đường giữa, khoảng 2 vòng sụn.

Thì 5: Đặt ống canuyn khí quản

Luồn nhanh ống thông vào khí quản rồi rút ngay nòng ống thông ra, lắp ngay ống thông vào. Nếu khó khăn dùng banh ba chạc Labord banh lỗ mở ra.

Thì 6: Khâu da

Khâu da trên và dưới vài mũi.

Thì 7: Buộc băng

Buộc 2 dây quai cố định ra sau cổ để khi ho không bật ống ra được. Đặt yếm cho người bệnh.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**1. Theo dõi**

- Mùa lạnh để người bệnh nằm buồng ấm, thoáng.
- Phải sử dụng máy hút và ống cao su nhỏ để hút đờm dãi khi xuất tiết.
- Ngày 2 - 3 lần nhẹ nhàng lấy ống thông trong ra, rửa thông sạch, sát khuẩn rồi lắp lại tránh tắc. Thay yếm khi bị bẩn.
- Khi nào bệnh khỏi, thở đường trên được thì rút ống. Trước khi rút ống cho thuốc an thần hay thuốc ngủ.
- Phải buộc băng đỡ hoặc kẻ chữ mới rút ống thông ở đầu giường người bệnh.
- Chuẩn bị một bộ ống thông sẵn đặt ngay đầu giường người bệnh, để khi cần đặt lại không lúng túng.

2. Xử trí

- Chảy máu:
 - + Chạm vào những mạch máu: kẹp buộc lại.
 - + Chạm vào tuyến giáp chảy máu: khâu lại.
 - + Mở khí quản lâu do loét, canuyn cọ chảy máu niêm mạc dễ cầm. Nếu chảy máu lớn vì vỡ các mạch máu cổ thì cần phải mở ra và kẹp buộc lại.
- Tràn khí:
 - + Tràn khí nhẹ dưới da: cần cắt bớt chỉ đã khâu.
 - + Tràn khí rộng: phải cầm kim cho thoát khí.
 - + Tràn khí màng phổi: phải hút liên tục để hồi sức, thở cho tốt.
- Đôi khi mở tốt rồi, toàn bộ hệ thống đường thở co thắt, nếu ta bóp bang mà chống lại bóng thì phải chống co thắt, thậm chí phải gây mê giãn cơ có máy thở hỗ trợ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1%, oxymetazolin 0,5% hoặc 1%).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1. Tư thế

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

Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

3.2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

3.3. Kỹ thuật

Thì 1:

Rút bác trong mũi nếu có.

Thì 2:

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

Thì 3:

- Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
- Đánh giá tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
- Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

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

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương xoang trán gồm 2 loại:
 - + Chấn thương kín.
 - + Chấn thương hở.
- Chấn thương xoang trán có thể kèm theo tổn thương não, màng não và trong một số trường hợp cần phối hợp với phẫu thuật thần kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Võ xoang trán hở
- Võ nát hoặc lún thành trước xoang trán.
- Võ lún thành sau của xoang trán.
- Võ xoang trán có chảy nước não tủy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật xoang trán qua đường ngoài.
- Khoan điện và mũi khoan các cỡ.
- Chỉ thép không gỉ, nẹp vít kết hợp xương.
- Thuốc: kháng sinh liều cao, loại ngấm qua màng não đường tiêm hoặc truyền tĩnh mạch để ngăn ngừa tai biến tại não và màng não.

3. Người bệnh

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

– Hình ảnh điện quang cần có:

+ Phim sọ nghiêng, Blondeau, Hirtz.

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

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

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

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

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

– **Khoan xương:** thì này tùy thuộc kiểu vỡ xoang trán.

* **Gãy lún thành trước xoang trán:**

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

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

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

+ Đặt ống dẫn lưu mũi trán.

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

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

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

+ Các thì phẫu thuật phần mềm như trên.

+ Mở vào xoang trán.

+ Rửa sạch xoang và lấy hết niêm mạc xoang

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

+ Có thể lấp thêm cân cơ hoặc tổ chức mỡ vào xoang với những xoang lớn.

Phương pháp xóa xoang trán thường do Ngoại Thần kinh thực hiện sẽ có khả năng biến chứng u nhầy do không lấy hết niêm mạc và không dẫn lưu được xoang trán. Do đó, nên hạn chế phương pháp này.

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

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

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu mũi hoặc dịch não tủy.
- Theo dõi các triệu chứng màng não.
- Theo dõi và rửa ống thông mũi trán.
- Thời gian rút ống mũi trán sau khoảng 2 - 3 tháng.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG SÀNG - HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật chấn thương xoang sàng - hàm nhằm phục hồi tối đa chức năng sinh lý của xoang, giảm tối thiểu các biến chứng và di chứng do chấn thương gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các chấn thương xoang hở.
- Các chấn thương xoang ảnh hưởng đến chức năng.
- Các chấn thương ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

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

- Đang ở trong tình trạng nặng do chấn thương sọ não, chấn thương thanh khí quản kèm theo, cần giải quyết tình trạng cấp cứu trước.
- Đang còn phù nề nhiều cần điều trị nội khoa trước.
- Chấn thương xoang kín ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ xoang có thể điều trị nội khoa. Cần phối hợp với chuyên khoa răng hàm mặt và mắt nếu cần thiết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: bộ nẹp vít các cổ, bộ phẫu thuật xoang thông thường, khoan và mũi khoan lỗ, chỉ thép các cổ, móc nâng xương gò má.

3. Người bệnh

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.
- Hồi sức trước phẫu thuật nếu có mất máu, choáng.
- Khám mắt, khám xác định khớp cắn có bị lệch hay không. Khám thần kinh loại trừ máu tụ trong sọ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành hồ sơ bệnh án như quy định chung.

– Làm xét nghiệm đầy đủ, Xquang các tư thế Blondeau - Hirtz - sọ nghiêng. Nếu có điều kiện nên chụp CT scan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đường vào

Đối với xoang hàm:

- Đường thông dùng là đường rạch qua niêm mạc rãnh lợi môi. Nếu tổn thương cả hai xoang thì rạch đường liên rãnh lợi môi.
- Đường cạnh mũi, đường góc trong ổ mắt nếu có kết hợp tổn thương sàng, ổ mắt.
- Đường mổ qua vết thương hở.

2. Xử trí các tổn thương

- Cố định khớp cắn nếu có di lệch khớp cắn.
- Kiểm tra trong lòng xoang, các thành xoang, hút máu tụ, chỉ lấy phần niêm mạc đã bị bong, hoại tử.
- Nắn lại các thành xoang bị vỡ, bị di lệch.
- Kiểm tra sàn ổ mắt, xử trí sa sàn ổ mắt nếu có vỡ và tổ chức mỡ ổ mắt tụt xuống.
- Cố định trần xoang.
- Cố định các thành khác như cung gò má có thể bằng chỉ thép, bằng nẹp vít, bắc.
- Xử trí vết thương hở: tổ chức phần mềm vùng mặt cần được cắt lọc, rửa và khâu kín.

3. Dẫn lưu

- Dẫn lưu qua khe giữa dưới nội soi nếu tổn thương ít.
- Đối với xoang sàng lấy bỏ các vách xoang bị vỡ để dẫn lưu vào khe giữa.
- Dẫn lưu xoang hàm qua khe dưới nếu tổn thương xoang nhiều.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: chú ý động mạch hàm trong, cần xác định vị trí chảy máu. Có thể dùng đông điện hoặc buộc chỉ.
- Rách màng não: trong chấn thương xoang sàng. Có thể kiểm tra đánh giá mức độ và tùy mức độ để khâu hoặc chèn tổ chức bịt lấp chỗ hở.

- Võ thành ổ mắt: thành trong, thành dưới ổ mắt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu
 - + Nhẹ: nhét lại bắc.
 - + Nặng: mở kiểm tra cầm máu.
- Phù nề vùng mắt: dùng thuốc chống viêm.
- Đau nhức mắt: thuốc giảm đau.
- Rò chảy nước não tủy: theo dõi trong 1 đến 2 tuần, nếu rò ít sẽ tự cầm, nếu chảy dịch nhiều: can thiệp lại.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Rò sau phẫu thuật: xem xét có dị vật, có mảnh xương chết, để lấy bỏ.

PHẪU THUẬT THẮT TĨNH MẠCH CẢNH TRONG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thắt tĩnh mạch cảnh trong nhằm mục đích ngăn chặn ổ viêm nhiễm lan từ tĩnh mạch bên bị tắc hoặc tắc vịnh cảnh, tắc tĩnh mạch cảnh trong và các nhánh của nó đến cơ quan khác của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn gây bán tắc hoặc tắc hoàn toàn tĩnh mạch bên.
- Viêm tắc vịnh cảnh.
- Viêm tắc tĩnh mạch cảnh trong.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt hay Ngoại khoa đã được đào tạo về kỹ thuật.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng cổ (thắt tĩnh mạch).

3. Người bệnh

Giống phẫu thuật xương chũm.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê toàn thân hoặc gây tê.

2. Kỹ thuật

2.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, vai được độn 1 gối, đầu quay sang bên đối diện.

2.2. Các thì phẫu thuật

Thì 1: Tìm vùng phẫu thuật

Đường phẫu thuật đi dọc bờ trước cơ ức đòn chũm từ bờ trên của sụn giáp và thân lớp của xương móng.

Thì 2: Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm bắt đầu ở ngay trên thân xương móng kéo dài xuống 8 cm.

Thì 3: Tìm bờ trước của cơ ức đòn chũm ở ngay dưới cân cổ nông.

Thì 4: Tách bờ trước cơ ức đòn chũm.

Thì 5: Tìm tĩnh mạch cảnh trong.

Kéo cơ ức đòn chũm ra phía ngoài, có 1 mạch máu lớn màu xanh xuất hiện, đó chính là tĩnh mạch cảnh trong.

Thì 6: Tĩnh mạch cảnh trong và các nhánh nối.

Thì 7: Thắt tĩnh mạch cảnh trong. Thường thắt trên thân tĩnh mạch giáp lưỡi mặt. Nếu bị viêm rộng thì thắt ở dưới chỗ tổn thương.

Thì 8: Khâu phục hồi các lớp bằng chỉ catgut, khâu da bằng chỉ lạnh.

VI. THEO DÕI VÀ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn vết mổ: sau ngày 3 - 4 thì vết mổ sưng đỏ đau.
- Tràn khí dưới da: cắt bột chỉ, dẫn lưu vết mổ ngay.
- Liệt thần kinh hồi quy: cắt bột chỉ.
- Rối loạn tuần hoàn: khó phát hiện.

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thắt động mạch hàm trong nhằm kiểm soát chảy máu mũi sau từ động mạch bướm - khẩu cái và mũi - khẩu cái.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi sau nặng không cầm được bằng đặt bấc mũi sau. Thông thường sau chấn thương vùng mặt.
- Chảy máu mũi tái phát nhiều lần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý nội khoa về máu, tim mạch, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch
- Tuổi quá nhỏ ở trẻ em và người già cần cân nhắc.
- Đang sử dụng aspirin và các thuốc chống đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, bác sĩ Gây mê.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật xoang hàm theo đường rạch lợi môi.
- Dòng đông điện lưỡng cực.
- Kính hiển vi, bộ nội soi, có thể dùng kính lúp.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về mục đích phẫu thuật và các tai biến có thể xảy ra.
- Phối hợp với Gây mê hồi sức để đánh giá tình trạng mất máu, có kế hoạch hồi sức trước, trong và sau phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định chung, ngoài ra cần xác định được vị trí chảy máu.
- Có các phim chụp xoang, có thể CT scan xoang.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê hoặc gây mê, nên chọn gây mê toàn thân đặt nội khí quản.
- Đường vào bằng đường rạch niêm mạc rãnh lợi môi như trong phẫu thuật Caldwell - Luc.
- Mở vào xoang hàm có thể dùng đục nhưng tốt nhất dùng khoan. Tìm mặt sau xoang hàm, mở thành sau trong xoang hàm.
- Tìm động mạch hàm trong có thể cặp mạch hoặc buộc ở vị trí sát với chỗ chia động mạch khẩu cái xuống. Cầm máu kỹ niêm mạc có thể đặt dẫn lưu xoang.
- Kiểm tra lại hốc mũi họng.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu do làm tổn thương động mạch có thể phải thắt động mạch cảnh ngoài.
- Tổn thương thần kinh dưới hố mắt.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu thứ phát.
- Viêm xoang hàm.
- Viêm mũi vụn mạch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do tổn thương các đám rối tĩnh mạch vùng cằm.
- Trong hố chân bướm hàm tránh phẫu tích sâu vì động mạch bao giờ cũng ở nông.
- Tổn thương ổ mắt: cần xác định kỹ chỗ phải phẫu thuật để tránh đi lạc hướng.

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài nhằm ngăn chặn không cho máu lưu thông vào các nhánh của động mạch này, cầm máu những vùng do động mạch này chi phối.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu nặng sau cắt amidan, mà cầm bằng các phương pháp khác không kết quả.
- Chảy máu mũi kéo dài.
- Chảy máu nặng trong chấn thương, ung thư hàm mặt.
- Phòng ngừa chảy máu trong phẫu thuật các u ác mũi xoang, hàm mặt, u xơ vòm mũi hang.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm đứng về bên mổ, người phụ đứng đối diện với phẫu thuật viên.

2. Phương tiện

01 dao mổ thường; 10 kìm Kocher; 10 kìm Halstead; 01 kìm phẫu tích có răng và 01 không răng; 01 thông lòng máng; kìm luồn chỉ (01 Derchan), 02 banh Farabeup ; 01 kìm cặp kim và kim; 05 kìm cặp khăn mổ; 01 kéo thẳng; 01 kéo dài cong; 01 kìm Kocher dài 20 cm; chỉ.

3. Người bệnh

Được chuẩn bị khẩn trương và hồi sức tích cực, truyền máu. Nếu người bệnh chưa mất nhiều máu có thể tiêm bắp dolargan 0,10; pipolphen 0,05; atropin 1/4 mg x 2 ống.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đầy đủ xét nghiệm cơ bản, chụp phim cổ nghiêng, nếu có siêu âm càng tốt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê xylocain 1% dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm dài 10 cm.

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa trên bàn, vai có đệm gối và quay đầu về bên không mổ. Dùng dung dịch sát khuẩn, trải khăn mổ.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da và cân cổ nông

Rạch da dài 8 cm, bắt đầu từ ngang tầm góc hàm dưới và cách góc hàm này về phía sau 1 cm; đường rạch chạy dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm đến ngang tầm sụn nhẫn. Nhát đầu rạch da, tổ chức dưới da, cơ bám da và mỡ. Nhát thứ hai cắt cân cổ nông dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm. Nếu gặp tĩnh mạch cảnh ngoài cặp buộc lại.

Thì 2: Tìm tam giác Farabeuf

Kéo cơ ức - đòn - chũm ra phía ngoài, bóc nhẹ nhàng vào máng cảnh. Tam giác Farabeuf được xác định bởi tĩnh mạch cảnh trong, thân tĩnh mạch giáp lưỡi mặt và dây thần kinh 12 (nằm ngang dưới bụng cơ nhị thân).

Thì 3: Tìm động mạch cảnh ngoài qua 2 tiêu chuẩn

- Động mạch cảnh ngoài ở trong động mạch cảnh trong ở ngoài.
- Động mạch có phân nhánh là động mạch cảnh ngoài.

(Tìm ngay trong tam giác Farabeuf)

Thì 4: Thắt động mạch cảnh ngoài

- Tiêm novocain vào bao cảnh ở ngang góc nhị diện giữa động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài để dễ kích thích tiểu thể cảnh.
- Dùng kẹp phẫu tích luôn chỉ cong đưa chỉ vicryl hoặc chỉ perlon.
- Vị trí thắt động mạch cảnh ngoài sẽ là ở trên chỗ phân chia cảnh trong cảnh ngoài khoảng 1 - 2 cm là được. (không thắt ngay chỗ phân chia).
- Có thể thắt chọn lọc từng nhánh riêng là giáp hoặc lưỡi hoặc mặt.

Thì 5: Khâu

Dùng chỉ catgut buộc các mạch nhỏ đã cặp, khâu phục hồi 2 lớp mà lớp trong là catgut lớp ngoài là chỉ lanh hoặc nylon.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Thay băng 3 ngày một lần, 1 tuần sau cắt chỉ.

2. Tai biến

- Thất 1 bên:
 - + Nghẽn mạch máu não: do di chuyển cục máu đông vào hệ cảnh trong lên não.
 - + Phản xạ quá mạnh của xoang cảnh gây chóng mặt, điếc vùng bên, mặt xanh tái cùng bên: tiêm xylocain sẽ khỏi, nhưng có khi tử vong.
 - + Biến chứng não: liệt 1/2 người, mất ngôn ngữ.
- Thất 2 bên: bình thường thì không sao, nhưng có thể gây người tái, có thể tử vong trong mấy tiếng.

PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI

I. ĐẠI CƯƠNG

– Động mạch bướm khẩu cái là nhánh tận của động mạch hàm trong, tách ra từ hố chân bướm hàm. Động mạch hàm trong tách ra từ động mạch cảnh ngoài. Như vậy, động mạch bướm khẩu cái thuộc động mạch cảnh ngoài. Động mạch bướm khẩu cái đi vào hố mũi qua lỗ bướm khẩu cái và chia ra các nhánh cung cấp máu cho vùng hố mũi phía sau.

– Như vậy kẹp thắt động mạch bướm khẩu cái qua nội soi nhằm làm giảm lượng máu cho vùng hố mũi phía sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu nặng, tái phát ở vùng mũi phía sau..
- Giảm cung cấp máu vào khối u vùng cửa mũi sau trước khi tiến hành phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu.
- Trẻ em chưa mọc răng vĩnh viễn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng trở lên được đào tạo về nội soi mũi xoang.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang: dao lưỡi liềm, que thăm dò cong, kéo cong, bay hút bóc tách, ống hút cong, ống hút đông điện, optic 0° và optic 30°, clip.
- Thuốc tê: lidocain + adrenalin 1/10.000.
- Thuốc co mạch: oxymetazolin 1%.

3. Người bệnh

Người bệnh được:

- + Làm các xét nghiệm thường quy.
- + Khám trước mổ như thông thường.
- + Khám nội soi tai mũi họng.
- + Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 2 tư thế coronal và axial.

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. Vô cảm

Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bác tẩm thuốc co mạch như oxymetazolin vào khe giữa và khe dưới.
- Xác định vị trí lỗ bướm khẩu cái nằm về phía sau và trên đuôi cuốn dưới, cách cửa mũi sau về phía trên ngoài khoảng 11-12 mm.
- Thăm dò lỗ bướm khẩu cái bằng que thăm 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 2 ml xylocain 1%.
- Dùng dao lưỡi liềm rạch niêm mạc theo hướng nằm ngang, cách bờ lỗ bướm khẩu cái từ 5 - 10mm để tránh tổn thương các nhánh của động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng bay hút (Saction Frier) bóc 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 thìa nạo để bộc lộ rõ động mạch bướm khẩu cái.
- Dùng clip kẹp động mạch bướm khẩu cái.
- Phủ lại vạt niêm mạc, chèn gelaspon và merocel.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ.

- Dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau.
- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến

Chảy máu: do làm đứt, rách động mạch bướm khẩu cái.

2. Xử trí

- Đốt điện.
- Nhét bấc mũi sau.

PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢM ÁP Ổ MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi giảm áp ổ mắt là phẫu thuật nội soi lấy đi thành trong ổ mắt để làm giảm áp suất bên trong ổ mắt. Phẫu thuật có thể tiếp cận đến đỉnh ổ mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tăng áp ổ mắt do tụ máu phù nề sau chấn thương, do viêm,..
- Lồi mắt do bệnh lý tuyến giáp.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ 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, optic 0° và optic 45°, mũi khoan kim cương dài và thiết bị bơm nước để giảm nhiệt vùng xương bị mài.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

3. Người bệnh

Người bệnh được:

- + Làm các xét nghiệm thường quy
- + Khám trước mổ như thông thường.
- + Khám nội soi tai mũi họng.
- + Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 2 tư thế coronal và axial.

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

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..

- Cắt mổ móc từ sau ra trước bằng kim cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kim cắt ngược hoặc dao hút - cắt (hummer).
- Mở bóng sàng bằng kẹp Blakesley hay thìa nạo để dẫn lưu các xoang sàng trước. Mở xuyên mảnh nền xương cuốn giữa đến các tế bào sàng sau để làm sạch và dẫn lưu, bộc lộ xương giấy. Rạch xương giấy bằng bay.
- Dùng kim đột găm dần xương giấy theo hướng xuống dưới, lên trên và ra sau. Xương giấy cũng có thể được găm từ sau ra trước bằng kim cắt ngược nhưng chúng ta cần ngưng thao tác khi tiếp cận với vùng xương cứng để tránh làm tổn thương ống lệ. Người phụ phải ấn vào mi mắt để phẫu thuật viên thấy được bao ổ mắt đã được bộc lộ bao nhiêu.
- Phần xương nối giữa thành trong và thành dưới của ổ mắt rất dày chắc vì vậy chúng ta không nên lấy thành xương này vì động tác này có thể gây nên tình trạng song thị.
- Dùng dao rạch cốt mạc sau khi toàn bộ ổ mắt đã được giảm áp. Đầu tiên rạch một đường rạch ngang bắt đầu ở phía sau trên cốt mạc, sau đó rạch tiếp một số đường song song rồi rạch các đường theo phương thẳng đứng để tạo thành hình mắt lưới. Lưu ý tránh động tác rạch sâu sẽ làm tổn thương cơ thẳng trong.
- Sau khi rạch cốt mạc xong, người phụ dùng tay ấn nhãn cầu để làm cho mảnh cốt mạc rời ra hoàn toàn và mở ổ mắt dễ dàng qua lỗ hở vừa tạo ra vào hốc mũi.
- Trong phẫu thuật giảm áp ổ mắt toàn bộ, dùng khoan kim cương lấy đi tổ chức xương ở đỉnh ổ mắt (phần xương này rất cứng và chắc). Trong khi khoan, phải thường xuyên bơm nước để tránh hiệu ứng nhiệt do ma sát truyền vào làm tổn thương thần kinh thị giác

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau, cầm máu.
- Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Viêm mô tế bào quanh hốc mắt:

- Biểu hiện người bệnh sưng và đau mắt tăng dần.
- Xử trí:
 - + Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau.
 - + Thuốc kháng sinh nhỏ mắt.

PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢM ÁP THẦN KINH THỊ GIÁC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật giảm áp ổ mắt được mở rộng thêm, trong đó thần kinh thị giác đoạn đi từ đỉnh ổ mắt đến giao thoa thị giác được mở để giảm áp.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp giảm hoặc mất thị lực sau chấn thương do chèn ép thần kinh thị giác.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ thạc sĩ, 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, optic 0° và optic 45°, mũi khoan kim cương dài và thiết bị bơm nước để giảm nhiệt vùng xương bị mài.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin).

3. Người bệnh

Người bệnh được:

- Làm các xét nghiệm cấp cứu.
- Chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 2 tư thế coronal và axial.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bắc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,...

– Thực hiện phẫu thuật giảm áp ổ mắt toàn bộ, dùng khoan kim cương lấy đi tổ chức xương ở đỉnh ổ mắt (phần xương này rất cứng và chắc). Trong khi khoan, phải thường xuyên bơm nước để tránh hiệu ứng nhiệt do ma sát truyền vào làm tổn thương thần kinh thị giác.

– Lấy bỏ thành trong ống thần kinh thị giác để bộc lộ thần kinh thị giác từ đỉnh ổ mắt đến phần giao thoa thị giác.

– Rạch bao màng cứng để giảm áp thần kinh thị giác từ đỉnh ổ mắt đến phần giao thoa thị giác.

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau, cầm máu.
- Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý.