| BỘ Y TẾ | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM<br>Độc lập - Tự do - Hạnh phúc |
|---|---|
| Số: 915 /QĐ-BYT | *Hà Nội, ngày 08 tháng 4 năm 2026* |

# QUYẾT ĐỊNH
## Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Mũi Họng Miệng - Tập 1"

## BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27/02/2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;*

*Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;*

*Căn cứ Biên bản họp ngày 15/10/2025 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu quy trình kỹ thuật về Tai Mũi Họng, Công văn số 778/CV-TMH ngày 12/12/2025 và Công văn số 158/CV-TMH ngày 16/3/2026 của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương về việc hoàn thiện hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được Chủ tịch Hội đồng chuyên môn nghiệm thu duyệt dự thảo;*

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

## QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Mũi Họng Miệng - Tập 1", gồm 228 quy trình kỹ thuật.

**Điều 2.** Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Mũi Họng Miệng - Tập 1" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

**Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

***Nơi nhận:***
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**
**THỨ TRƯỞNG**



**Trần Văn Thuấn**

# HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ MŨI HỌNG MIỆNG - TẬP 1

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 915 /QĐ-BYT ngày 08 tháng 4 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**Hà Nội, 2026**

| | |
|---|---|
| **Chỉ đạo biên soạn, thẩm định** | |
| GS.TS. Trần Văn Thuấn | Thứ trưởng Bộ Y tế |
| TS. Hà Anh Đức | Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh |
| **Chủ biên** | |
| PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh | Giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Vương Ánh Dương | Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB) |
| PGS.TS. Nguyễn Quang Trung | Phó Giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Lê Anh Tuấn | Phó Giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| **Tham gia biên soạn, thẩm định** | |
| PGS.TS. Quách Thị Cần | Nguyên Phó giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| PGS.TS. Lương Thị Minh Hương | Nguyên Trưởng bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội |
| PGS.TS. Tống Xuân Thắng | Trưởng khoa Ung bướu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| GS.TS. Trần Phan Chung Thủy | Chủ tịch Hội Tai Mũi Họng Việt Nam |
| TS. Lê Trần Quang Minh | Giám đốc Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh |
| BSCKII. Đới Xuân An | Phó Trưởng khoa Tai Mũi Họng trẻ em, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Bùi Thế Anh | Nguyên cán bộ Phòng Quản lý Nghiên cứu khoa học - Đào tạo, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Lê Hồng Anh | Trưởng khoa Tai thần kinh, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Lê Hồng Ánh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Hoàng Thị Hòa Bình | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSNT. Vũ Mạnh Cường | Phó Trưởng khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Hoàng Bá Dũng | Trưởng Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy |
| TS. Nguyễn Tài Dũng | Chủ nhiệm Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 |
| TS.BSCKII. Phạm Tiến Dũng | Trưởng khoa Thính - thanh học, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS.BSCKII. Nguyễn Duy Dương | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Lê Thị Thu Hà | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |

| | |
|---|---|
| BS. Nguyễn Thái Hà | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Trần Thị Thu Hằng | Phó Trưởng khoa Mũi xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Phạm Thị Hiền | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Trần Thị Thu Hiền | Nguyên Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Khắc Hòa | Trưởng khoa Họng thanh quản, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Thị Hoa Hồng | Nguyên cán bộ Phòng Quản lý Nghiên cứu khoa học - Đào tạo, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Thị Huệ (A) | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Đỗ Bá Hưng | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Phạm Văn Hữu | Phó Trưởng khoa Ung bướu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Hoàng Huy | Trưởng khoa Tai, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Trần Lâm | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Nhật Linh | Trưởng khoa Khám chữa bệnh yêu cầu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Hà Minh Lợi | Trưởng khoa Mũi xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Trần Phương Nam | Trưởng khoaKhoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế |
| ThS. Nguyễn Thành Quân | Phó Trưởng khoa Thính - thanh học, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Tấn Quang | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSNT. Nguyễn Toàn Thắng | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Trần Hữu Thắng | Trưởng khoa Cấp cứu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Đào Đình Thi | Trưởng khoa Nội soi, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Trần Quốc Tuấn | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Thị Tố Uyên | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| PGS.TS. Nguyễn Thị Khánh Vân | Trưởng khoa Khám bệnh, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Thị Hải Yến | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |

**Thư ký**

| | |
|---|---|
| ThS. Trương Lê Vân Ngọc | Trưởng phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB |
| ThS. Hoàng Ngọc An | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Huệ (B) | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSNT. Lê Thúy An | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| PGS.TS. Phạm Trần Anh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Đinh Tuấn Anh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Lưu Vân Anh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Đặng Thị Hồng Ánh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Trần Xuân Bách | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Nguyễn Thị Linh Chi | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Hoàng Vũ Giang | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Sơn Hà | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSNT. Biện Văn Hoàn | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Thu Hương | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Cảnh Huy | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Phạm Thùy Linh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Văn Luận | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSNT. Nguyễn Thanh Minh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Thanh Minh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BS. Nguyễn Mạnh Minh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKI. Lê Thanh Nga | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BSCKII. Ngô Thuỳ Nga | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Hồ Thị Nga | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Lê Xuân Ngọc | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Oanh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Khúc Thị Phương | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Quyên | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Nguyễn Tuấn Sơn | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Đỗ Văn Tâm | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| CN. Phan Thị Minh Thanh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Ngô Duy Thịnh | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BS. Mai Ý Thơ | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |

| | |
|---|---|
| BS. Hoàng Kim Thu | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Lê Thị Thương | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Thu Thúy | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| TS. Phạm Thị Bích Thủy | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Trang Thanh Thủy | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Trang | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| BS. Phạm Anh Tuấn | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Lê Thị Minh Vượng | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Trần Hải Yến | Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương |
| ThS. Nguyễn Đức Thắng | Chuyên viên phòng Quản lý chất lượng – Chuyển giao kỹ thuật, Cục QLKCB |

# LỜI NÓI ĐẦU

Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về "Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng". Đây là căn cứ quan trọng để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề và nhân viên y tế triển khai, áp dụng thống nhất các kỹ thuật thuộc chuyên ngành Tai Mũi Họng.

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển nhanh chóng của khoa học kỹ thuật và năng lực chuyên môn của đội ngũ y tế, yêu cầu cập nhật, bổ sung các tiến bộ mới và chuẩn hóa quy trình kỹ thuật ngày càng trở nên cấp thiết. Thực hiện chủ trương này, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện đầu ngành xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mũi Họng Miệng, trong đó Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương được giao nhiệm vụ đầu mối tổng hợp.

Các bệnh viện được phân công đã huy động các chuyên gia về Tai Mũi Họng tham gia biên soạn; tổ chức họp Hội đồng khoa học cấp bệnh viện để thẩm định; tiếp thu ý kiến của Hội đồng chuyên môn do Bộ Y tế thành lập để hoàn thiện tài liệu. Quá trình biên soạn được thực hiện dựa trên các hướng dẫn hiện có, kết hợp tham khảo tài liệu trong nước và quốc tế nhằm đảm bảo tính cập nhật, khoa học và phù hợp thực tiễn.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tai Mũi Họng với sự tham gia của đại diện các Vụ, Cục chức năng và các chuyên gia đầu ngành. Hội đồng đã làm việc với tinh thần nghiêm túc, đóng góp trí tuệ và kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật.

"Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mũi Họng Miệng – Tập 1" được xây dựng cho các kỹ thuật thuộc Phụ lục số 02, đồng thời có tên (trùng hoặc khác tên nhưng cùng bản chất kỹ thuật và quy trình thực hiện) trong Phụ lục số 01 của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu và Bộ Y tế ban hành với tổng số 228 quy trình kỹ thuật.

Bộ Y tế trân trọng ghi nhận và cảm ơn sự đóng góp tích cực của các chuyên gia về Tai Mũi Họng, đặc biệt là lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong quá trình xây dựng và hoàn thiện tài liệu này.

Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong biên tập và thẩm định, quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh- Bộ Y tế, 138A Giảng Võ, Hà Nội.

Trân trọng cảm ơn!

**GS.TS. Trần Văn Thuấn**

**THỨ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

# NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

## 1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;

b) Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng… và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật; ngược lại kỹ thuật quy định thực hiện tại phòng phẫu thuật không được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thủ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

## 2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều này, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

b) Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật quy định tại Phụ lục số 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh có cùng tên hoặc có tên khác so với tên kỹ thuật tại Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT nhưng bản chất và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau.

c) Quy trình kỹ thuật của kỹ thuật có tên trong cột số 3 được áp dụng đối với các kỹ thuật có tên trong cột số 5 của Phụ lục về Danh mục kỹ thuật được ban hành kèm theo Quyết định này.

d) Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật cũng chỉ được thực hiện khi bảo đảm điều kiện về phạm vi hành nghề hoặc yêu cầu đào tạo bổ sung theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.

e) Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật…, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) để xem xét ban hành áp dụng trong cả nước.

# MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU

NGUYÊN TẮC, XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHỤ LỤC DANH MỤC KỸ THUẬT

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

PHỤ LỤC .....

DANH MỤC KỸ THUẬT .....

1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY THẦN KINH VIDIENNE.....1

2. PHẪU THUẬT NỘI SOI VÙNG CHÂN BƯỚM HÀM.....4

3. PHẪU THUẬT VÙNG HỐ DƯỚI THÁI DƯƠNG.....8

4. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT/ ĐỐT ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI.....11

5. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG.....14

6. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG.....16

7. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG.....19

8. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG.....22

9. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE Ổ MẮT.....25

10. PHẪU THUẬT BÍT LẤP RÒ DỊCH NÃO TỦY Ở MŨI.....28

11. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE Ổ MẮT.....31

12. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÍT LẤP RÒ DỊCH NÃO TỦY Ở MŨI.....34

13. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ NÃO, MÀNG NÃO VÙNG MŨI XOANG.....38

14. PHẪU THUẬT MỞ XOANG TRÁN ĐƯỜNG NGOÀI (PHẪU THUẬT JACQUES) .....42

15. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG TRÁN .....45

16. PHẪU THUẬT XOANG TRÁN THEO ĐƯỜNG NGOÀI CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ .....49

17. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ LỖ THÔNG XOANG TRÁN (LOTHROP CẢI TIẾN).....52

18. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG SÀNG .....56

19. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM.....59

20. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG BƯỚM.....62

21. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM ĐƯỜNG NGOÀI (CALDWELL-LUC).....65

22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI .....68

23. PHẪU THUẬT CẮT POLYP MŨI BẰNG LASER.....70

24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U LÀNH TÍNH HỐC MŨI .....73
25. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ CÁC XOANG SÀNG, HÀM, TRÁN, BƯỚM.....76
26. PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ .....80
27. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY NANG SÀN MŨI.....84
28. PHẪU THUẬT LẤY NANG SÀN MŨI .....87
29. PHẪU THUẬT CẮT PHẦN GIỮA XƯƠNG HÀM TRONG UNG THƯ SÀNG HÀM.....90
30. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN PHỐI HỢP MỞ CẠNH MŨI.....93
31. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN .....97
DO UNG THƯ .....97
32. MỞ XOANG HÀM THEO ĐƯỜNG TRƯỚC ỐNG LỆ MŨI LẤY U .....101
33. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH MŨI .....104
34. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ DẪN LƯU/CẮT BỎ U NHÀY XOANG .....107
35. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHÚ MŨI XOANG .....110
36. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG .....113
37. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT VÁCH MŨI XOANG.....116
38. PHẪU THUẬT CẮT U XƠ MẠCH VÒM HỌNG THEO ĐƯỜNG NGOÀI.....119
39. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U XƠ MẠCH VÒM MŨI HỌNG.....123
40. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI.....126
41. PHẪU THUẬT CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU MẶT CỔ .....129
42. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI.....132
43. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI BẰNG LASER .....134
44. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TỊT CỬA MŨI SAU BẨM SINH .....137
45. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA .....140
46. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI .....143
47. PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG COBLATOR.....146
48. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI.....149
49. PHẪU THUẬT BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI .....152
50. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI.....155
51. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN .....158
52. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI.....161
53. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU VÀ ĐẶT ỐNG NONG XOANG TRÁN .164
54. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XOANG HÀM DO CHẤN THƯƠNG.....166

55. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG VÙNG SÀNG HÀM ..... 170
56. PHẪU THUẬT NÂNG KHỐI MŨI SÀNG ..... 173
57. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG VÙNG KHỐI MŨI SÀNG ..... 176
58. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH SỐNG MŨI SAU CHẤN THƯƠNG ..... 179
59. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU TÚI LỆ ..... 182
60. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ LỖ THÔNG MŨI XOANG QUA KHE DƯỚI ... 186
61. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI ..... 189
62. NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI ..... 191
63. NỘI SOI BẺ CUỐN MŨI DƯỚI ..... 193
64. NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG ..... 195
65. NỘI SOI SINH THIẾT U HỐC MŨI ..... 198
66. NỘI SOI SINH THIẾT U VÒM ..... 201
67. NỘI SOI SINH THIẾT U VÙNG MŨI XOANG ..... 204
68. CHỌC RỬA XOANG HÀM ..... 207
69. HÚT RỬA MŨI XOANG THEO PHƯƠNG PHÁP PROETZ ..... 210
70. NHÉT BẤC MŨI SAU ..... 213
71. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC ..... 216
72. CẦM MÁU MŨI BẰNG VẬT LIỆU CẦM MÁU ..... 218
73. LẤY DỊ VẬT MŨI ..... 220
74. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI ..... 223
75. CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT ..... 226
76. RÚT VẬT LIỆU CẦM MÁU HỐC MŨI ..... 228
77. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ ..... 230
78. HÚT RỬA MŨI DƯỚI NỘI SOI ..... 232
79. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN ..... 234
80. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG MÁY ..... 237
81. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG PLASMA ..... 240
82. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MÀN HẦU ĐIỀU TRỊ NGỦ NGÁY VÀ NGỪNG THỞ KHI NGỦ ..... 243
83. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG LASER ..... 246
84. NẠO VA GÂY TÊ ..... 250
85. PHẪU THUẬT NẠO VA ..... 253
86. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG MÁY ..... 256
87. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG PLASMA ..... 259

88. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO VA .....262
89. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG HỌNG MIỆNG .....265
90. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/HỐ LƯỠI THANH THIỆT .....268
91. PHẪU THUẬT TÁCH DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH.....271
92. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH DÂY THANH CÓ TẠO VẠT NIÊM MẠC .....274
93. PHẪU THUẬT NỘI SOI TĂNG THỂ TÍCH DÂY THANH.....277
94. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THANH QUẢN.....280
ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH MỘT BÊN TƯ THẾ MỞ.....280
95. PHẪU THUẬT TREO SỤN PHỄU .....283
96. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN LẤY BỎ TỔN THƯƠNG DÂY THANH BẰNG ỐNG SOI CỨNG.....286
97. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN LẤY BỎ TỔN THƯƠNG DÂY THANH BẰNG ỐNG SOI MỀM.....289
98. NỘI SOI THANH QUẢN CHẤM THUỐC CHỐNG DÍNH .....292
99. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU BÓC NẤM THANH QUẢN .....295
100. PHẪU THUẬT NỘI SOI TIÊM THUỐC VÀO U HẠT THANH QUẢN .....298
101. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHÚ THANH QUẢN .....301
102. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THANH QUẢN BẰNG LASER.....304
103. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THANH QUẢN BẰNG SÓNG CAO TẦN.307
104. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THANH QUẢN DO UNG THƯ BẰNG LASER .....310
105. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN DÂY THANH TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THẾ KHÉP .....313
106. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY THANH BẰNG LASER ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THẾ KHÉP .....316
107. PHẪU THUẬT CẮT NANG SÀN MIỆNG .....319
108. PHẪU THUẬT LẤY THIẾT BỊ SAU CHỈNH HÌNH SẸO HẸP THANH HOẶC KHÍ QUẢN.....322
109. CẮT PHANH LƯỠI.....325
110. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI (PHẦN LƯỠI DI ĐỘNG) .....328
111. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI (PHẦN LƯỠI DI ĐỘNG) BẰNG LASER .....331
112. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN ĐÁY LƯỠI QUA ĐƯỜNG MIỆNG.....334
113. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ ĐÁY LƯỠI.....337

114. PHẪU THUẬT ĐỐT LASER ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG VÙNG HỌNG MIỆNG ..... 341
115. PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH TÍNH VÙNG HỌNG BẰNG LASER ..... 344
116. CHÍCH ÁP XE SÀN MIỆNG ..... 347
117. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN ..... 349
118. CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN HOẶC NẠO VA ..... 352
119. CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN (GÂY MÊ) ..... 355
120. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG ..... 358
121. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG ..... 360
122. KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG ĐƠN GIẢN MIỆNG, HỌNG ..... 362
123. CHẤM HỌNG (LÀM THUỐC VÙNG HỌNG) ..... 364
124. BƠM THUỐC THANH QUẢN ..... 366
125. KHÍ DUNG MŨI HỌNG ..... 368
126. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG ..... 371
127. NỘI SOI HOẠT NGHIỆM THANH QUẢN ..... 374
128. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN ..... 377
129. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN ..... 380
130. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT ..... 383
131. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT ..... 386
132. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG SINH THIẾT U ..... 389
133. SINH THIẾT U HỌNG MIỆNG ..... 392
134. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT ..... 394
135. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT ..... 397
136. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG SINH THIẾT U ..... 400
137. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT U ..... 403
138. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN THỂ KHÓ ..... 406
139. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN ..... 409
140. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG CỨNG ..... 412
141. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG MỀM ..... 415
142. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN BẰNG LASER ..... 418
143. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG MỀM ..... 421
144. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG, ĐẶT STENT HẸP THANH KHÍ QUẢN ..... 424
145. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN ..... 427
146. PHẪU THUẬT CẮT SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN BẰNG LASER ..... 430

147. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN BẰNG MẢNH GHÉP SỤN ..... 433
148. NỐI KHÍ QUẢN TẬN - TẬN ..... 436
149. PHẪU THUẬT VI PHẪU CẮT NẸP PHỄU THANH THIỆT 2 BÊN ..... 439
150. PHẪU THUẬT ĐẶT VAN PHÁT ÂM SAU CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN ..... 441
151. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN VÀ THANH QUẢN ..... 444
152. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THANH QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG ..... 448
153. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG ..... 451
154. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG 454
155. NỘI SOI NONG HẸP THỰC QUẢN ..... 457
156. NỘI SOI NONG HẸP THỰC QUẢN CÓ STENT ..... 460
157. THAY ỐNG MỞ KHÍ QUẢN ..... 463
158. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LỖ MỞ KHÍ QUẢN ..... 466
159. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN ..... 468
160. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN ..... 471
161. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÙNG MẶT CỔ ..... 474
162. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI ..... 476
163. PHẪU THUẬT THẮT TĨNH MẠCH CẢNH TRONG ..... 479
164. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LƯỠI SAU CẮT U ÁC TÍNH ..... 482
165. PHẪU THUẬT CẮT U ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI KHÔNG TÁI TẠO ..... 485
166. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI KHÔNG TÁI TẠO ..... 488
167. PHẪU THUẬT CẮT U HẠ HỌNG/ĐÁY LƯỠI THEO ĐƯỜNG TRÊN XƯƠNG MÓNG ..... 491
168. KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÙNG ĐẦU, MẶT, CỔ ..... 494
169. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT ..... 497
170. THAY BĂNG VẾT MỔ ..... 499
171. CHÍCH ÁP XE VÙNG ĐẦU CỔ ..... 501
172. PHẪU THUẬT PHỤC HỒI TÁI TẠO DÂY THẦN KINH VII ĐOẠN NGOÀI SỌ ..... 504
173. PHẪU THUẬT NỐI DÂY THẦN KINH VII TRONG XƯƠNG CHŨM ..... 507
174. PHẪU THUẬT LẤY TỔN THƯƠNG VÙNG CHÂN BƯỚM HÀM ..... 510

175. PHẪU THUẬT CẮT U ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ TÁI TẠO .....513
176. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI CẮT HỌNG MIỆNG DO UNG THƯ CÓ TÁI TẠO BẰNG VẠT DA CƠ .....517
177. PHẪU THUẬT LẤY VẠT DA CƠ NGỰC LỚN TẠO HÌNH VÙNG MẤT CHẤT VÙNG ĐẦU CỔ. .....521
178. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU HỌNG - MÀN HẦU .....524
179. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU HỌNG – THỰC QUẢN .....527
180. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG BÁN PHẦN .....530
181. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THƯ HẠ HỌNG BẰNG LASER.....534
182. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG – THANH QUẢN BÁN PHẦN CÓ TẠO HÌNH .....537
183. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG – THANH QUẢN TOÀN PHẦN .....541
184. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN .....545
185. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN ĐỨNG .....549
186. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN NGANG TRÊN THANH MÔN.....553
187. PHẪU THUẬT MỞ SỤN GIÁP CẮT DÂY THANH.....557
188. PHẪU THUẬT CẮT MỎM TRÂM THEO ĐƯỜNG MIỆNG.....560
189. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ DẪN LƯU ÁP XE .....563
190. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ LẤY DỊ VẬT .....566
191. CHÍCH RẠCH ÁP XE RÒ XOANG LÊ .....569
192. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ SỐNG MŨI.....571
193. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ SÀN MIỆNG GIAI ĐOẠN SỚM.....574
194. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ KHE MANG I CÓ BỘC LỘ DÂY VII SỬ DỤNG MÁY DÒ THẦN KINH.....577
195. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ KHE MANG II .....580
196. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ XOANG LÊ .....583
197. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓNG LỖ RÒ XOANG LÊ BẰNG LASER/NHIỆT .....586
198. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ GIÁP LƯỠI THỂ ĐÁY LƯỠI .....589
199. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ GIÁP LƯỠI.....592
200. PHẪU THUẬT CẮT KÉN HƠI THANH QUẢN .....595
201. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MÁU HẠ HỌNG - THANH QUẢN.....598
202. PHẪU THUẬT CẮT THÙY NÔNG TUYẾN MANG TAI-BẢO TỒN DÂY VII .....601

203. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN MANG TAI CÓ HOẶC KHÔNG BẢO TỒN DÂY VII....604
204. PHẪU THUẬT MỞ CỔ BÊN LẤY TỔN THƯƠNG....608
205. PHẪU THUẬT LẤY KHỐI U KHOẢNG BÊN HỌNG....611
206. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U THÀNH BÊN HỌNG LAN LÊN ĐÁY SỌ CÓ KIỂM SOÁT BẰNG KÍNH HIỂN VI VÀ NỘI SOI....614
207. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG XÂM LẤN NỀN SỌ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ....618
208. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG HỐ YÊN SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ....621
209. PHẪU THUẬT LẤY HỐC MẮT DO UNG THƯ XÂM LẤN CÁC XOANG MẶT....625
210. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN....629
211. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ XƯƠNG HÀM TRÊN....633
212. PHẪU THUẬT CẮT U VÙNG HỌNG MIỆNG....637
213. PHẪU THUẬT CẮT U VÙNG NIÊM MẠC MÁ....640
214. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ LƯỠI PHẦN DI ĐỘNG BẰNG LASER....643
215. PHẪU THUẬT CẮT LƯỠI PHẦN DI ĐỘNG DO UNG THƯ....646
216. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG CỨNG....649
217. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM SINH THIẾT....652
218. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN....655
219. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN....658
220.NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT....661
221. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT....664
222. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG SINH THIẾT....667
223. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT....670
224. TIÊM BOTULINUM TOXIN DÂY THANH....673
225. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT / ĐỐT THẦN KINH MŨI SAU....676
226. ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT....679
227. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HỌNG, MÀN HẦU BẰNG VẠT CƠ – NIÊM MẠC THÀNH SAU HỌNG....681
228. PHẪU THUẬT PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG PHỨC TẠP MIỆNG, HỌNG BẰNG VẠT CÂN CƠ....684

**PHỤ LỤC**

## DANH MỤC KỸ THUẬT

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 1 | 2 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh Vidienne | 15.61 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh Vidienne |
| 2 | 3 | Phẫu thuật nội soi vùng chân bướm hàm | 15.62 | Phẫu thuật nội soi vùng chân bướm hàm |
| 3 | 4 | Phẫu thuật vùng hố dưới thái dương | 15.63 | Phẫu thuật vùng hố dưới thái dương |
| 4 | 5 | Phẫu thuật nội soi thắt/đốt động mạch bướm khẩu cái | 15.64 | Phẫu thuật nội soi thắt/đốt động mạch bướm khẩu cái |
| 5 | 6 | Phẫu thuật thắt động mạch sàng | 15.67 | Phẫu thuật thắt động mạch sàng |
| 6 | 7 | Phẫu thuật nội soi thắt động mạch sàng | 15.68 | Phẫu thuật nội soi thắt động mạch sàng |
| 7 | 8 | Phẫu thuật thắt động mạch hàm trong | 15.65 | Phẫu thuật thắt động mạch hàm trong |
| 8 | 9 | Phẫu thuật nội soi thắt động mạch hàm trong | 3.3932 | Phẫu thuật nội soi thắt động mạch hàm trong |
| | | | 15.66 | Phẫu thuật nội soi thắt động mạch hàm trong |
| 9 | 10 | Phẫu thuật dẫn lưu áp xe ổ mắt | 15.69 | Phẫu thuật dẫn lưu áp xe ổ mắt |
| 10 | 11 | Phẫu thuật nội soi dẫn lưu áp xe ổ mắt | 15.69 | Phẫu thuật dẫn lưu áp xe ổ mắt |
| 11 | 12 | Phẫu thuật bít lấp rò dịch não tủy ở mũi | 15.72 | Phẫu thuật bít lấp rò dịch não tủy ở mũi |
| 12 | 13 | Phẫu thuật nội soi bít lấp rò dịch não tủy ở mũi | 15.73 | Phẫu thuật nội soi bít lấp rò dịch não tủy ở mũi |
| 13 | 14 | Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị não, màng não vùng mũi xoang | 15.73 | Phẫu thuật nội soi bít lấp rò dịch não tủy ở mũi |
| 14 | 15 | Phẫu thuật mở xoang trán đường ngoài (phẫu thuật Jacques) | 15.74 | Phẫu thuật xoang trán đường ngoài (phẫu thuật Jacques) |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 15 | 16 | Phẫu thuật nội soi mở xoang trán | 15.75 | Phẫu thuật nội soi mở xoang trán |
| 16 | 17 | Phẫu thuật mở xoang trán theo đường ngoài có nội soi hỗ trợ | 15.74 | Phẫu thuật xoang trán đường ngoài (phẫu thuật Jacques) |
| | | | 15.75 | Phẫu thuật nội soi mở xoang trán |
| 17 | 18 | Phẫu thuật nội soi mở lỗ thông xoang trán (Lothrop cải tiến) | 15.75 | Phẫu thuật nội soi mở xoang trán |
| 18 | 19 | Phẫu thuật nội soi mở xoang sàng | 15.77 | Phẫu thuật nội soi mở xoang sàng |
| | | | 27.5 | Phẫu thuật nội soi nạo sàng trước /sau |
| 19 | 20 | Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm | 15.78 | Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm |
| 20 | 21 | Phẫu thuật nội soi mở xoang bướm | 15.79 | Phẫu thuật nội soi mở xoang bướm |
| 21 | 22 | Phẫu thuật mở xoang hàm đường ngoài (Caldwell-Luc) | 15.125 | Phẫu thuật xoang hàm Caldwell-Luc |
| 22 | 23 | Phẫu thuật nội soi cắt polyp mũi | 15.81 | Phẫu thuật nội soi cắt polyp mũi |
| 23 | 24 | Phẫu thuật cắt polyp mũi bằng Laser | 15.82 | Phẫu thuật cắt polyp mũi bằng laser |
| 24 | 25 | Phẫu thuật nội soi cắt u lành tính hốc mũi | 15.81 | Phẫu thuật nội soi cắt polyp mũi |
| 25 | 26 | Phẫu thuật nội soi mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm | 15.83 | Phẫu thuật nội soi mở khe giữa |
| | | | 15.84 | Phẫu thuật nội soi mở các xoang sàng, hàm, trán, bướm |
| 26 | 27 | Phẫu thuật nội soi mũi xoang có sử dụng định vị | 15.386 | Phẫu thuật nội soi mũi xoang có sử dụng định vị |
| 27 | 28 | Phẫu thuật nội soi lấy nang sàn mũi | 15.86 | Phẫu thuật cắt u nang răng sinh, u nang sàn mũi |
| 28 | 29 | Phẫu thuật lấy nang sàn mũi | 15.86 | Phẫu thuật cắt u nang răng sinh, u nang sàn mũi |
| 29 | 30 | Phẫu thuật cắt phần giữa xương hàm trong ung thư sàng hàm | 15.88 | Phẫu thuật cắt phần giữa xương hàm trong ung thư sàng hàm |
| 30 | 31 | Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xương hàm trên phối hợp mở cạnh mũi | 15.89 | Phẫu thuật ung thư sàng hàm phối hợp nội soi |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 31 | 32 | Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xương hàm trên do ung thư | 15.88 | Phẫu thuật cắt phần giữa xương hàm trong ung thư sàng hàm |
| 32 | 33 | Mở xoang hàm theo đường trước ống lệ lấy u | 15.78 | Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm |
| 33 | 34 | Phẫu thuật mở cạnh mũi | 15.90 | Phẫu thuật mở cạnh mũi |
| 34 | 35 | Phẫu thuật nội soi mở dẫn lưu/cắt bỏ u nhày xoang | 15.85 | Phẫu thuật nội soi mở dẫn lưu/cắt bỏ u nhày xoang |
| | | | 3.3957 | Phẫu thuật nội soi mũi xoang dẫn lưu u nhầy |
| 35 | 36 | Phẫu thuật nội soi cắt u nhú mũi xoang | 15.91 | Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang |
| | | | 3.4161 | Phẫu thuật nội soi cắt u nhú đảo ngược vùng mũi xoang |
| | | | 3.3946 | Phẫu thuật nội soi mũi xoang cắt u xoang bướm |
| 36 | 37 | Phẫu thuật nội soi cắt u vùng vòm mũi họng | 15.94 | Phẫu thuật nội soi cắt u vùng vòm mũi họng |
| 37 | 38 | Phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang | 15.102 | Phẫu thuật nội soi cắt vách mũi xoang |
| 38 | 39 | Phẫu thuật cắt u xơ mạch vòm họng theo đường ngoài | 15.92 | Phẫu thuật cắt u xơ mạch vòm họng theo đường ngoài |
| 39 | 40 | Phẫu thuật nội soi cắt u xơ mạch vòm mũi họng | 15.93 | Phẫu thuật nội soi cắt u xơ mạch vòm mũi họng |
| | | | 12.113 | Cắt u xơ vòm mũi họng |
| 40 | 41 | Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi | 15.97 | Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi |
| 41 | 42 | Phẫu thuật cầm máu sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ | 15.299 | Phẫu thuật mở lại hốc mổ cầm máu sau phẫu thuật vùng đầu cổ |
| 42 | 43 | Phẫu thuật nội soi tách dính niêm mạc hốc mũi | 15.99 | Phẫu thuật nội soi tách dính niêm mạc hốc mũi |
| 43 | 44 | Phẫu thuật nội soi tách dính niêm mạc hốc mũi bằng laser | 15.100 | Phẫu thuật nội soi tách dính niêm mạc hốc mũi bằng laser |
| 44 | 45 | Phẫu thuật điều trị tịt cửa mũi sau bẩm sinh | 15.101 | Phẫu thuật tịt lỗ mũi sau bẩm sinh |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 45 | 46 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi giữa | 15.104 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi giữa |
| 46 | 47 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới | 15.106 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới |
| 47 | 48 | Phẫu thuật cuốn mũi dưới bằng Coblator | 15.107 | Phẫu thuật cuốn mũi dưới bằng sóng cao tần |
| 48 | 49 | Phẫu thuật nội soi cắt cuốn dưới | 27.7 | Phẫu thuật nội soi cắt cuốn mũi dưới |
| | | | 15.109 | Phẫu thuật nội soi cắt cuốn dưới |
| 49 | 50 | Phẫu thuật bịt lỗ thủng vách ngăn mũi | 15.110 | Phẫu thuật thủng vách ngăn mũi |
| | | | 3.2139 | Khâu lỗ thủng bịt vách ngăn mũi |
| 50 | 51 | Phẫu thuật nội soi bịt lỗ thủng vách ngăn mũi | 15.111 | Phẫu thuật nội soi bịt lỗ thủng vách ngăn mũi |
| 51 | 52 | Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn | 15.112 | Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn |
| 52 | 53 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi | 15.113 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi |
| | | | 3.3955 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi |
| 53 | 55 | Phẫu thuật nội soi dẫn lưu và đặt ống nong xoang trán | 15.75 | Phẫu thuật nội soi mở xoang trán |
| 54 | 56 | Phẫu thuật chỉnh hình xoang hàm do chấn thương | 15.116 | Phẫu thuật vỡ xoang hàm |
| 55 | 57 | Phẫu thuật kết hợp xương vùng sàng hàm | 15.118 | Phẫu thuật chấn thương xoang sàng- hàm |
| 56 | 58 | Phẫu thuật nâng khối mũi sàng | 15.122 | Phẫu thuật chấn thương khối mũi sàng |
| 57 | 59 | Phẫu thuật kết hợp xương vùng khối mũi sàng | 15.122 | Phẫu thuật chấn thương khối mũi sàng |
| 58 | 60 | Phẫu thuật chỉnh hình sống mũi sau chấn thương | 15.123 | Phẫu thuật chỉnh hình sống mũi sau chấn thương |
| 59 | 61 | Phẫu thuật nội soi dẫn lưu túi lệ | 15.126 | Phẫu thuật nội soi dẫn lưu túi lệ |
| 60 | 62 | Phẫu thuật nội soi mở lỗ thông mũi xoang qua khe dưới | 15.128 | Phẫu thuật nội soi mở lỗ thông mũi xoang qua khe dưới |
| 61 | 63 | Đốt điện cuốn mũi dưới | 15.130 | Đốt điện cuốn mũi dưới |
| 62 | 64 | Nội soi đốt điện cuốn mũi dưới | 15.131 | Nội soi đốt điện cuốn mũi dưới |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 63 | 65 | Nội soi bẻ cuốn mũi dưới | 15.132 | Bẻ cuốn mũi |
| | | | 15.133 | Nội soi bẻ cuốn mũi dưới |
| 64 | 66 | Nâng xương chính mũi sau chấn thương | 15.134 | Nâng xương chính mũi sau chấn thương |
| | | | 3.2148 | Nắn sống mũi sau chấn thương |
| 65 | 67 | Nội soi sinh thiết u hốc mũi | 15.136 | Nội soi sinh thiết u hốc mũi |
| 66 | 68 | Nội soi sinh thiết u vòm | 15.137 | Nội soi sinh thiết u vòm |
| 67 | 69 | Nội soi sinh thiết u vùng mũi xoang | 15.136 | Nội soi sinh thiết u hốc mũi |
| 68 | 70 | Chọc rửa xoang hàm | 3.2153 | Chọc rửa xoang hàm |
| | | | 15.138 | Chọc rửa xoang hàm |
| 69 | 71 | Hút rửa rửa mũi xoang theo phương pháp Proetz | 15.139 | Phương pháp Proetz |
| 70 | 72 | Nhét bấc mũi sau | 3.2149 | Nhét bấc mũi sau |
| | | | 15.140 | Nhét bấc mũi sau |
| 71 | 73 | Nhét bấc mũi trước | 3.2150 | Nhét bấc mũi trước |
| | | | 15.141 | Nhét bấc mũi trước |
| 72 | 74 | Cầm máu mũi bằng vật liệu cầm máu | 3.993 | Nội soi cầm máu mũi có sử dụng Meroxeo (2 bên) |
| | | | 15.142 | Cầm máu mũi bằng vật liệu cầm máu |
| 73 | 75 | Lấy dị vật mũi | 15.143 | Lấy dị vật mũi |
| 74 | 76 | Nội soi lấy dị vật mũi | 15.144 | Nội soi lấy dị vật mũi gây tê/gây mê |
| 75 | 77 | Cầm máu điểm mạch mũi bằng hóa chất | 15.131 | Nội soi đốt điện cuốn mũi dưới |
| | | | 15.145 | Cầm máu điểm mạch mũi bằng hóa chất (bạc nitrat) |
| 76 | 78 | Rút vật liệu cầm máu hốc mũi | 15.146 | Rút meche, rút merocel hốc mũi |
| 77 | 79 | Hút rửa mũi, xoang sau mổ | 15.147 | Hút rửa mũi, xoang sau mổ |
| 78 | 80 | Hút rửa mũi dưới nội soi | 15.147 | Hút rửa mũi, xoang sau mổ |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 79 | 81 | Phẫu thuật cắt Amidan | 15.149 | Phẫu thuật cắt Amidan |
| | | | 3.2241 | Cắt Amidan bằng máy |
| | | | 3.2179 | Phẫu thuật cắt Amidan gây tê hoặc gây mê |
| 80 | 82 | Phẫu thuật cắt Amidan bằng máy | 15.150 | Phẫu thuật cắt Amidan bằng sóng cao tần |
| 81 | 83 | Phẫu thuật cắt Amidan bằng plasma | 15.359 | Phẫu thuật cắt Amidan bằng plasma |
| 82 | 84 | Phẫu thuật chỉnh hình màn hầu điều trị ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ | 15.148 | Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) |
| 83 | 85 | Phẫu thuật cắt Amidan bằng laser | 15.371 | Phẫu thuật cắt ung thư Amidan sử dụng dao siêu âm/dao hàn mô, hàn mạch/laser |
| 84 | 86 | Nạo VA gây tê | 15.153 | Nạo VA |
| 85 | 87 | Phẫu thuật nạo VA | 15.154 | Phẫu thuật nạo VA gây mê nội khí quản |
| 86 | 88 | Phẫu thuật nội soi nạo VA bằng máy | 15.156 | Phẫu thuật nội soi nạo VA bằng máy (gây mê) |
| 87 | 89 | Phẫu thuật nội soi nạo VA bằng plasma | 15.36 | Phẫu thuật nội soi nạo VA bằng plasma (gây mê) |
| 88 | 90 | Phẫu thuật nội soi cầm máu sau nạo VA | 15.158 | Phẫu thuật nội soi cầm máu sau nạo VA (gây mê) |
| 89 | 91 | Phẫu thuật nội soi cắt nang họng miệng | 15.159 | Phẫu thuật nội soi cắt u nang hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt |
| 90 | 92 | Phẫu thuật nội soi cắt u nang hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt | 15.159 | Phẫu thuật nội soi cắt u nang hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt |
| 91 | 93 | Phẫu thuật tách dính mép trước dây thanh | 15.160 | Phẫu thuật dính mép trước dây thanh |
| 92 | 94 | Phẫu thuật nội soi tách dính dây thanh có tạo vạt niêm mạc | 15.161 | Phẫu thuật nội soi tách dính dây thanh |
| | | | 3.2169 | Phẫu thuật dính thanh quản |
| 93 | 95 | Phẫu thuật nội soi tăng thể tích dây thanh | 15.162 | Phẫu thuật nội soi bơm chất làm đầy dây thanh |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 94 | 96 | Phẫu thuật chỉnh hình thanh quản điều trị liệt dây thanh một bên tư thế mở | 15.163 | Phẫu thuật chỉnh hình thanh quản điều trị liệt dây thanh |
| 95 | 97 | Phẫu thuật treo sụn phễu | 3.2158 | Phẫu thuật treo sụn phễu |
| | | | 15.165 | Phẫu thuật treo sụn phễu |
| 96 | 98 | Phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản lấy bỏ tổn thương dây thanh bằng ống soi cứng | 15.166 | Phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt u nang/ polyp/ hạt xơ/u hạt dây thanh (gây tê/gây mê) |
| | | | 3.995 | Nội soi thanh quản treo cắt hạt xơ |
| 97 | 99 | Phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản lấy bỏ tổn thương dây thanh bằng ống soi mềm | 15.167 | Phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt u nang/polyp/hạt xơ/u hạt dây thanh bằng ống soi mềm gây tê |
| 98 | 100 | Nội soi thanh quản chấm thuốc chống dính | 3.2186 | Bơm thuốc thanh quản |
| | | | 15.218 | Bơm thuốc thanh quản |
| 99 | 101 | Phẫu thuật nội soi vi phẫu bóc nấm thanh quản | 15.168 | Phẫu thuật nội soi cắt u lành tính thanh quản (papiloma, kén hơi thanh quản,…) (gây tê/gây mê) |
| 100 | 102 | Phẫu thuật nội soi tiêm thuốc vào u hạt thanh quản | 15.162 | Phẫu thuật nội soi bơm chất làm đầy dây thanh |
| 101 | 103 | Phẫu thuật nội soi cắt u nhú thanh quản | 15.168 | Phẫu thuật nội soi cắt u lành tính thanh quản (papiloma, kén hơi thanh quản,…) (gây tê/gây mê) |
| | | | 3.4165 | Phẫu thuật nội soi cắt u nhú tai, mũi, họng |
| 102 | 104 | Phẫu thuật nội soi cắt u thanh quản bằng Laser | 15.170 | Phẫu thuật nội soi cắt u lành tính thanh quản bằng laser |
| 103 | 105 | Phẫu thuật nội soi cắt u thanh quản bằng sóng cao tần | 15.170 | Phẫu thuật nội soi cắt u lành tính thanh quản bằng laser |
| 104 | 106 | Phẫu thuật nội soi cắt thanh quản do ung thư bằng Laser | 15.171 | Phẫu thuật nội soi cắt ung thư thanh quản bằng laser |
| 105 | 107 | Phẫu thuật nội soi cắt bán phần dây thanh trong điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép | 15.173 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thanh bằng laser |
| | | | 26.20 | Phẫu thuật vi phẫu sử dụng laser cắt dây thanh |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 106 | 108 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thanh bằng Laser điều trị liệt dây thanh hai bên tư thế khép | 15.173 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thanh bằng laser |
| | | | 26.20 | Phẫu thuật vi phẫu sử dụng laser cắt dây thanh |
| 107 | 109 | Phẫu thuật cắt nang sàn miệng | 15.194 | Phẫu thuật cắt u sàn miệng |
| | | | 12.157 | Cắt u nhái sàn miệng |
| 108 | 110 | Phẫu thuật lấy thiết bị sau chỉnh hình sẹo hẹp thanh hoặc khí quản | 15.394 | Phẫu thuật rút ống nong/T-tube sau chỉnh hình sẹo hẹp thanh/khí quản |
| 109 | 111 | Cắt phanh lưỡi | 15.209 | Cắt phanh lưỡi |
| 110 | 112 | Phẫu thuật cắt u lưỡi (phần lưỡi di động) | 15.196 | Phẫu thuật cắt u lưỡi phần lưỡi di động |
| 111 | 113 | Phẫu thuật cắt u lưỡi (phần lưỡi di động) bằng laser | 15.374 | Phẫu thuật cắt u lưỡi phần lưỡi di động bằng dao siêu âm/laser |
| 112 | 114 | Phẫu thuật cắt một phần đáy lưỡi qua đường miệng | 15.197 | Phẫu thuật cắt một phần đáy lưỡi |
| 113 | 115 | Phẫu thuật cắt ung thư đáy lưỡi | 15.197 | Phẫu thuật cắt một phần đáy lưỡi |
| 114 | 116 | Phẫu thuật đốt Laser điều trị các tổn thương vùng họng miệng | 15.201 | Laser điều trị Amidan hốc mủ |
| 115 | 117 | Phẫu thuật cắt u lành tính vùng họng bằng laser | 15.202 | Phẫu thuật laser cắt u nang lành tính đáy lưỡi, hạ họng, màn hầu, Amidan |
| 116 | 118 | Chích áp xe sàn miệng | 15.206 | Trích áp xe sàn miệng |
| 117 | 119 | Chích áp xe quanh Amiđan | 3.2181 | Trích áp xe quanh Amidan |
| | | | 15.207 | Trích áp xe quanh Amidan |
| 118 | 120 | Cầm máu sau phẫu thuật cắt Amidan hoặc nạo VA | 15.208 | Cầm máu đơn giản sau phẫu thuật cắt Amidan, nạo VA |
| 119 | 120 | Cầm máu sau phẫu thuật cắt Amidan (gây mê) | 15.152 | Phẫu thuật xử trí chảy máu sau cắt Amidan (gây mê) |
| 120 | 121 | Lấy dị vật họng miệng | 3.2190 | Lấy dị vật họng miệng |
| | | | 15.212 | Lấy dị vật họng miệng |
| 121 | 122 | Lấy dị vật hạ họng | 3.2178 | Lấy dị vật hạ họng |
| | | | 15.213 | Lấy dị vật hạ họng |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 122 | 123 | Khâu phục hồi tổn thương đơn giản miệng, họng | 15.214 | Khâu phục hồi tổn thương đơn giản miệng, họng |
| 123 | 124 | Chấm họng (làm thuốc vùng họng) | 3.2190 | Lấy dị vật họng miệng |
| | | | 15.212 | Lấy dị vật họng miệng |
| 124 | 125 | Bơm thuốc thanh quản | 3.2186 | Bơm thuốc thanh quản |
| | | | 15.218 | Bơm thuốc thanh quản |
| 125 | 126 | Khí dung mũi họng | 3.2191 | Khí dung mũi họng |
| | | | 15.222 | Khí dung mũi họng |
| 126 | 127 | Chích áp xe thành sau họng | 15.223 | Chích áp xe thành sau họng gây tê/gây mê |
| | | | 3.2175 | Trích áp xe thành sau họng |
| 127 | 128 | Nội soi hoạt nghiệm thanh quản | 15.225 | Nội soi hoạt nghiệm thanh quản |
| 128 | 129 | Nội soi hạ họng ống cứng chẩn đoán | 15.226 | Nội soi hạ họng ống cứng chẩn đoán gây tê |
| 129 | 130 | Nội soi hạ họng ống mềm chẩn đoán | 15.227 | Nội soi hạ họng ống mềm chẩn đoán gây tê |
| 130 | 131 | Nội soi hạ họng ống cứng lấy dị vật | 15.228 | Nội soi hạ họng ống cứng lấy dị vật gây tê/gây mê |
| 131 | 132 | Nội soi hạ họng ống mềm lấy dị vật | 15.229 | Nội soi hạ họng ống mềm lấy dị vật gây tê |
| 132 | 133 | Nội soi hạ họng ống cứng sinh thiết u | 15.230 | Nội soi hạ họng ống cứng sinh thiết u gây tê/gây mê |
| 133 | 134 | Sinh thiết u họng miệng | 15.211 | Sinh thiết u họng miệng |
| 134 | 135 | Nội soi thanh quản ống cứng lấy dị vật | 15.240 | Nội soi thanh quản ống cứng lấy dị vật gây tê/gây mê |
| 135 | 136 | Nội soi thanh quản ống mềm lấy dị vật | 15.241 | Nội soi thanh quản ống mềm lấy dị vật gây tê |
| 136 | 137 | Nội soi thanh quản ống cứng sinh thiết u | 15.242 | Nội soi thanh quản ống cứng sinh thiết u gây tê/gây mê |
| 137 | 138 | Nội soi thanh quản ống mềm sinh thiết u | 15.243 | Nội soi thanh quản ống mềm sinh thiết u gây tê |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 138 | 139 | Phẫu thuật mở khí quản thể khó | 15.175 | Phẫu thuật mở khí quản thể khó (trẻ sơ sinh, sau xạ trị, u vùng cổ, K tuyến giáp,…) |
| 139 | 140 | Phẫu thuật mở khí quản | 3.78 | Mở khí quản |
| | | | 15.174 | Phẫu thuật mở khí quản (Gây tê/ gây mê) |
| 140 | 141 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản ống cứng | 15.176 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản ống cứng gây tê/gây mê |
| 141 | 142 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản ống mềm | 15.177 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản ống mềm gây tê/gây mê |
| 142 | 143 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản bằng Laser | 15.373 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản bằng laser (gây tê/gây mê) |
| 143 | 144 | Phẫu thuật nội soi cắt u phế quản ống mềm | 15.179 | Phẫu thuật nội soi cắt u phế quản ống mềm gây tê/gây mê |
| 144 | 145 | Phẫu thuật nội soi nong, đặt stent hẹp thanh khí quản | 15.182 | Phẫu thuật nội soi nong hẹp thanh khí quản có stent |
| 145 | 146 | Phẫu thuật nội soi nong hẹp thanh khí quản | 15.181 | Phẫu thuật nong hẹp thanh khí quản không có stent |
| 146 | 147 | Phẫu thuật cắt sẹo hẹp thanh khí quản bằng Laser | 15.373 | Phẫu thuật nội soi cắt u khí quản bằng laser (gây tê/gây mê) |
| 147 | 148 | Phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh khí quản bằng mảnh ghép sụn | 15.185 | Phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh khí quản bằng mảnh ghép sụn |
| 148 | 149 | Nối khí quản tận - tận | 15.186 | Nối khí quản tận - tận |
| 149 | 150 | Phẫu thuật vi phẫu cắt nẹp phễu thanh thiệt 2 bên | 15.187 | Phẫu thuật trong mềm sụn thanh quản |
| 150 | 151 | Phẫu thuật đặt van phát âm sau cắt thanh quản toàn phần | 15.188 | Kỹ thuật đặt van phát âm |
| 151 | 152 | Phẫu thuật chỉnh hình khí quản và thanh quản | 15.189 | Phẫu thuật chấn thương thanh khí quản |
| | | | 3.2217 | Ghép thanh khí quản đặt stent |
| 152 | 153 | Phẫu thuật chỉnh hình thanh quản sau chấn thương | 15.190 | Phẫu thuật chỉnh hình thanh quản sau chấn thương |
| 153 | 154 | Phẫu thuật chỉnh hình khí quản sau chấn thương | 15.191 | Phẫu thuật chỉnh hình khí quản sau chấn thương |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 154 | 155 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình khí quản sau chấn thương | 15.192 | Phẫu thuật nội soi chỉnh hình khí quản sau chấn thương |
| 155 | 156 | Nội soi nong hẹp thực quản | 15.193 | Nội soi nong hẹp thực quản |
| 156 | 157 | Nội soi nong hẹp thực quản có stent | 15.198 | Nội soi nong hẹp thực quản có stent |
| 157 | 159 | Thay ống mở khí quản | 2.67 | Thay canuyn mở khí quản |
| | | | 15.220 | Thay canuyn |
| 158 | 160 | Phẫu thuật chỉnh hình lỗ mở khí quản | 15.224 | Phẫu thuật chỉnh hình lỗ mở khí quản |
| 159 | 161 | Nội soi thanh quản ống mềm chẩn đoán | 15.239 | Nội soi thanh quản ống mềm chẩn đoán gây tê |
| | | | 3.1003 | Nội soi họng |
| 160 | 162 | Nội soi thanh quản ống cứng chẩn đoán | 15.238 | Nội soi thanh quản ống cứng chẩn đoán gây tê |
| | | | 3.1003 | Nội soi họng |
| 161 | 163 | Phẫu thuật khâu nối thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ | 15.256 | Phẫu thuật khâu nối thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ |
| 162 | 164 | Phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài | 15.257 | Phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài |
| 163 | 165 | Phẫu thuật thắt tĩnh mạch cảnh trong | 3.2206 | Phẫu thuật thắt tĩnh mạch cảnh trong |
| | | | 15.258 | Phẫu thuật thắt tĩnh mạch cảnh trong |
| 164 | 166 | Phẫu thuật tạo hình lưỡi sau cắt u ác tính | 15.269 | Phẫu thuật tạo hình lưỡi sau cắt u ác tính |
| 165 | 167 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới không tái tạo | 15.264 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới không có tái tạo |
| 166 | 168 | Phẫu thuật cắt ung thư đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới không tái tạo | 15.264 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới không có tái tạo |
| 167 | 169 | Phẫu thuật cắt u hạ họng/đáy lưỡi theo đường trên xương móng | 15.265 | Phẫu thuật cắt u hạ họng/đáy lưỡi theo đường trên xương móng |
| 168 | 170 | Khâu vết thương đơn giản vùng đầu, mặt, cổ | 15.301 | Khâu vết thương đơn giản vùng đầu, mặt, cổ |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 169 | 171 | Cắt chỉ sau phẫu thuật | 15.302 | Cắt chỉ sau phẫu thuật |
| 170 | 172 | Thay băng vết mổ | 15.303 | Thay băng vết mổ |
| 171 | 173 | Chích áp xe vùng đầu cổ | 15.368 | Chích áp xe vùng đầu cổ |
| 172 | 178 | Phẫu thuật phục hồi tái tạo dây thần kinh VII đoạn ngoài sọ | 15.260 | Phẫu thuật phục hồi, tái tạo dây thần kinh VII đoạn ngoài sọ |
| 173 | 179 | Phẫu thuật nối dây thần kinh VII trong xương chũm | 15.261 | Phẫu thuật nối dây thần kinh VII trong xương chũm |
| 174 | 180 | Phẫu thuật lấy tổn thương vùng chân bướm hàm | 3.2128 | Phẫu thuật vùng chân bướm hàm |
| | | | 15.262 | Phẫu thuật vùng chân bướm hàm |
| 175 | 181 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới có tái tạo | 15.263 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới có tái tạo |
| 176 | 182 | Phẫu thuật mở xương hàm dưới cắt họng miệng do ung thư có tái tạo bằng vạt da cơ | 15.263 | Phẫu thuật cắt u đáy lưỡi/hạ họng theo đường mở xương hàm dưới có tái tạo |
| 177 | 183 | Phẫu thuật lấy vạt da cơ ngực lớn tạo hình vùng mất chất vùng đầu cổ | 3.2198 | Phẫu thuật tái tạo vùng đầu cổ mặt bằng vạt da cơ xương |
| 178 | 184 | Phẫu thuật tạo hình khuyết thiếu họng - màn hầu | 15.268 | Phẫu thuật tạo hình họng, màn hầu sau cắt u ác tính |
| 179 | 185 | Phẫu thuật tạo hình khuyết thiếu họng - thực quản | 15.270 | Phẫu thuật tạo hình họng - thực quản sau cắt u ác tính |
| 180 | 186 | Phẫu thuật cắt hạ họng bán phần | 15.271 | Phẫu thuật cắt hạ họng bán phần |
| 181 | 187 | Phẫu thuật nội soi cắt ung thư hạ họng bằng Laser | 15.202 | Phẫu thuật laser cắt u nang lành tính đáy lưỡi, hạ họng, màn hầu, Amidan |
| 182 | 189 | Phẫu thuật cắt hạ họng - thanh quản bán phần có tạo hình | 15.272 | Phẫu thuật cắt hạ họng - thanh quản bán phần có tạo hình |
| 183 | 190 | Phẫu thuật cắt hạ họng - thanh quản toàn phần | 15.273 | Phẫu thuật cắt hạ họng - thanh quản toàn phần |
| | | | 3.2596 | Cắt ung thư Amidan/thanh quản và nạo vét hạch cổ |
| | | | 12.131 | Cắt toàn bộ thanh quản và một phần họng có vét hạch hệ thống |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 184 | 191 | Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần | 3.2159 | Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần |
| | | | 15.274 | Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần |
| 185 | 192 | Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đứng | 15.275 | Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đứng |
| 186 | 193 | Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn | 15.276 | Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn |
| 187 | 194 | Phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh | 3.2221 | Phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh |
| | | | 15.278 | Phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh |
| 188 | 195 | Phẫu thuật cắt mỏm trâm theo đường miệng | 15.288 | Phẫu thuật cắt mỏm trâm theo đường miệng |
| 189 | 196 | Phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu áp xe | 15.290 | Phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu áp xe |
| 190 | 197 | Phẫu thuật mở cạnh cổ lấy dị vật | 15.391 | Phẫu thuật mở cạnh cổ lấy dị vật (dị vật thực quản, hỏa khí…) |
| 191 | 198 | Chích rạch áp xe rò xoang lê | 15.290 | Phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu áp xe |
| 192 | 199 | Phẫu thuật lấy đường rò sống mũi | 15.291 | Phẫu thuật rò sống mũi |
| 193 | 200 | Phẫu thuật cắt ung thư sàn miệng giai đoạn sớm | 15.364 | Phẫu thuật cắt ung thư sàn miệng |
| 194 | 201 | Phẫu thuật lấy đường rò khe mang I có bộc lộ dây VII sử dụng máy dò thần kinh | 15.294 | Phẫu thuật rò khe mang I có bộc lộ dây VII |
| 195 | 202 | Phẫu thuật lấy nang rò khe mang II | 15.295 | Phẫu thuật lấy nang rò khe mang II |
| 196 | 203 | Phẫu thuật lấy đường rò xoang lê | 15.296 | Phẫu thuật rò xoang lê |
| 197 | 205 | Phẫu thuật nội soi đóng lỗ rò xoang lê bằng Laser/nhiệt | 15.393 | Phẫu thuật nội soi đóng lỗ rò xoang lê bằng laser/nhiệt |
| 198 | 206 | Phẫu thuật lấy nang rò giáp lưỡi thể đáy lưỡi | 15.159 | Phẫu thuật nội soi cắt u nang hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt |
| 199 | 207 | Phẫu thuật lấy nang rò giáp lưỡi | 15.292 | Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi |
| 200 | 209 | Phẫu thuật cắt kén hơi thanh quản | 15.298 | Phẫu thuật cắt kén hơi thanh quản |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 201 | 211 | Phẫu thuật nội soi cắt u máu hạ họng - thanh quản | 15.372 | Phẫu thuật nội soi cắt u máu hạ họng - thanh quản bằng dao siêu âm |
| 202 | 212 | Phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai - bảo tồn dây VII | 3.2228 | Phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai, bảo tồn dây VII |
| | | | 12.153 | Cắt u tuyến mang tai bảo tồn dây thần kinh VII |
| | | | 12.89 | Cắt u tuyến nước bọt mang tai |
| 203 | 213 | Phẫu thuật cắt tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây VII | 15.380 | Phẫu thuật cắt tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây VII sử dụng dao siêu âm/hàn mô, hàn mạch |
| 204 | 214 | Phẫu thuật mở cổ bên lấy tổn thương | 15.391 | Phẫu thuật mở cạnh cổ lấy dị vật (dị vật thực quản, hỏa khí…) |
| 205 | 215 | Phẫu thuật lấy khối u khoảng bên họng | 15.289 | Phẫu thuật khối u khoảng bên họng |
| | | | 3.2608 | Cắt u thành bên họng |
| | | | 12.121 | Cắt u thành sau họng |
| 206 | 216 | Phẫu thuật cắt bỏ u thành bên họng lan lên đáy sọ có kiểm soát bằng kính hiển vi và nội soi | 3.2200 | Phẫu thuật cắt bỏ u thành bên họng lan lên đáy sọ có kiểm soát bằng kính hiển vi và nội soi |
| 207 | 217 | Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang xâm lấn nền sọ sử dụng định vị | 15.385 | Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang xâm lấn nền sọ sử dụng định vị |
| 208 | 218 | Phẫu thuật nội soi cắt u vùng hố yên sử dụng định vị | 15.388 | Phẫu thuật nội soi cắt u vùng hố yên sử dụng định vị |
| 209 | 220 | Phẫu thuật lấy hốc mắt do ung thư xâm lấn các xoang mặt | 15.390 | Phẫu thuật cắt ung thư hốc mắt xâm lấn các xoang mặt |
| 210 | 221 | Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xương hàm trên | 15.88 | Phẫu thuật cắt phần giữa xương hàm trong ung thư sàng hàm |
| 211 | 224 | Phẫu thuật cắt toàn bộ xương hàm trên | 15.370 | Phẫu thuật cắt toàn bộ xương hàm trên trong ung thư sàng hàm |
| 212 | 229 | Phẫu thuật cắt u vùng họng miệng | 15.202 | Phẫu thuật laser cắt u nang lành tính đáy lưỡi, hạ họng, màn hầu, Amidan |

| STT | STT của chương | Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT | Mã liên kết | Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT |
|---|---|---|---|---|
| (Cột 1) | (Cột 2) | (Cột 3) | (Cột 4) | (Cột 5) |
| 213 | 231 | Phẫu thuật cắt u vùng niêm mạc má | 15.195 | Phẫu thuật cắt u vùng niêm mạc má |
| 214 | 233 | Phẫu thuật cắt ung thư lưỡi phần di động bằng Laser | 15.374 | Phẫu thuật cắt u lưỡi phần lưỡi di động bằng dao siêu âm/laser |
| 215 | 234 | Phẫu thuật cắt lưỡi phần di động do ung thư | 15.196 | Phẫu thuật cắt u lưỡi phần lưỡi di động |
| 216 | 239 | Phẫu thuật nội soi cắt u phế quản ống cứng | 15.178 | Phẫu thuật nội soi cắt u phế quản ống cứng gây tê/gây mê |
| 217 | 240 | Nội soi hạ họng ống mềm sinh thiết | 15.231 | Nội soi hạ họng ống mềm sinh thiết u gây tê |
| 218 | 241 | Nội soi thực quản ống cứng chẩn đoán | 15.232 | Nội soi thực quản ống cứng chẩn đoán gây tê/gây mê |
| 219 | 242 | Nội soi thực quản ống mềm chẩn đoán | 15.233 | Nội soi thực quản ống mềm chẩn đoán gây tê/gây mê |
| 220 | 243 | Nội soi thực quản ống cứng lấy dị vật | 15.234 | Nội soi thực quản ống cứng lấy dị vật gây tê/gây mê |
| 221 | 244 | Nội soi thực quản ống mềm lấy dị vật | 15.235 | Nội soi thực quản ống mềm lấy dị vật gây tê/gây mê |
| 222 | 245 | Nội soi thực quản ống cứng sinh thiết | 15.236 | Nội soi thực quản ống cứng sinh thiết u gây tê/gây mê |
| 223 | 246 | Nội soi thực quản ống mềm sinh thiết | 15.237 | Nội soi thực quản ống mềm sinh thiết u gây tê/gây mê |
| 224 | 247 | Tiêm Botulinum Toxin dây thanh | 15.162 | Phẫu thuật nội soi bơm chất làm đầy dây thanh |
| 225 | 248 | Phẫu thuật nội soi cắt/đốt thần kinh mũi sau | 15.61 | Phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh Vidienne |
| 226 | 250 | Đốt họng hạt bằng nhiệt | 15.215 | Đốt họng hạt bằng nhiệt |
| 227 | 251 | Phẫu thuật tạo hình họng, màn hầu bằng vạt cơ - niêm mạc thành sau họng | 15.266 | Phẫu thuật tạo hình họng, màn hầu bằng vạt cơ - niêm mạc thành sau họng |
| 228 | 252 | Phẫu thuật phục hồi tổn thương phức tạp miệng, họng bằng vạt cân cơ | 15.267 | Phẫu thuật phục hồi tổn thương phức tạp miệng, họng bằng vạt cân cơ |

# DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

| | |
|---|---|
| ABLB | Sự cân bằng về cảm nhận âm lượng giữa 2 tai |
| ABR | Ghi đáp ứng thính giác thân não |
| ASSR | Ghi đáp ứng thính giác trạng thái ổn định |
| BAHA | Phẫu thuật cấy máy trợ thính đường xương |
| BYT | Bộ Y tế |
| CSF | Xử trí biến chứng rò dịch não tủy |
| CT | Cắt lớp vi tính |
| FF | Đo thính lực ở trường tự do |
| LEMG | Đo điện cơ thanh quản |
| NIM | Thiết bị giám sát thần kinh VII trong phẫu thuật |
| OAE | Đo âm ốc tai |
| QUY TRÌNH KỸ THUẬT | Quy trình kỹ thuật |
| SISI | Chỉ số cảm nhận mức tăng cường độ kích thích âm thanh từng bước nhỏ |
| TEOAE | Đo âm ốc tai sàng lọc |
| UPPP | Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà |
| VNG | Thăm dò chức năng tiền đình |
| VOR | Đánh giá cung phản xạ tiền đình mắt khi di chuyển đầu chậm |

# 1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY THẦN KINH VIDIENNE

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh Vidian qua đường mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi vận mạch không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Một số trường hợp viêm mũi dị ứng không đáp ứng điều trị.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan (nếu cần).
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Xác định và tiêm tê vị trí động mạch bướm khẩu cái**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Xác định vị trí lỗ bướm khẩu cái nằm 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.
- Phong bế thần kinh bướm khẩu cái hai bên bằng cách tiêm vào lỗ khẩu cái lớn.

**6.2. Bước 2**: **Bóc tách, bộc lộ lỗ bướm khẩu cái**

- Dùng dao 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.

**6.3. Bước 3: Mở rộng lỗ bướm khẩu cái**

- Nếu lỗ bướm khẩu cái nhỏ, có thể mở rộng ra sau và xuống dưới (nơi thành xương mỏng nhất) để bộc lộ rõ ống dây thần kinh Vidian.

**6.4. Bước 4: Xác định và cắt 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 Vidian bằng kéo.

**6.5. Bước 5: Cầm máu hốc mổ, phủ lại vạt niêm mạc, đặt vật liệu cầm máu**

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:** Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt: giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau vài tháng từ khi phẫu thuật.

- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má.
- Vảy mũi, khô mũi.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Khô mắt, giảm tiết nước mắt: giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau vài tháng từ khi phẫu thuật.
- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má.
- Vảy mũi, khô mũi.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raymond Sacks and Rahuram Sivasubramaniam (2019). Endoscopic Vidian Neurectomy. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*. Second edition, p191-194.
2. Marshak T, Yun MK, Hazout C et al (2016). A systematic review of the evidence base for vidian neurectomy in managing rhinitis. *J Laryngol Otol*, 130, p7-28.
3. Robinson SR, Wormald PJ (2006). Endoscopic vidian neurectomy. *Am J Rhinol*, 20, p197–202.

# 2. PHẪU THUẬT NỘI SOI VÙNG CHÂN BƯỚM HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi qua đường mũi để tiếp cận tổn thương ở khoang phía sau xoang hàm, bao gồm khoang chân bướm hàm, khoang chân bướm khẩu cái và ngách ngoài xoang bướm. Đây là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đối với những tổn thương ở các vùng trên, đem lại trường quan sát tốt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý trong khoang chân bướm hàm hoặc chân bướm khẩu cái, ví dụ: u xơ vòm mũi họng, u thần kinh, u ác tính của mũi xoang xâm lấn vào vùng chân bướm hàm, thoát vị não màng não.
- Bộc lộ vùng chân bướm hàm để thắt động mạch hàm trong để cầm máu mũi hoặc kiểm soát động mạch nuôi dưỡng cho khối u như u xơ vòm mũi họng.
- Các tổn thương ở thành ngoài xoang bướm như thoát vị não màng não, khuyết nền sọ, u thành ngoài xoang bướm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương lan rộng đến não hoặc các cấu trúc nguy hiểm khác mà phẫu thuật nội soi không kiểm soát hết được.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Hệ thống cắt - hút nội soi.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật.
- Kẹp cầm máu.
- Dao điện đơn cực và dao điện lưỡng cực.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1:Đặt bấc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, cuốn dưới, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở rộng lỗ thông xoang hàm tối đa**

- Lấy mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang về phía sau đến sát thành sau xoang hàm.
- Với các tổn thương lan rộng, có thể tiến hành mở xoang sàng trước, xoang sàng sau xác định nền sọ, thành trong ổ mắt.

**6.3. Bước 3: Mở xoang bướm**

Mở xoang bướm qua đường lỗ thông tự nhiên hoặc qua xoang sàng sau. Mở rộng về phía dưới đến sàn của xoang.

**6.4. Bước 4:Mở vào thành sau xoang hàm**

Bóc tách niêm mạc thành sau xoang hàm, lấy ngành lên xương khẩu cái và phần xương của thành sau xoang hàm, qua đó mở vào thành trước trong của khoang chân bướm hàm.

**6.5. Bước 5: Mở mặt trước xoang bướm và thắt động mạch bướm khẩu cái**

Mở rộng lỗ thông xoang bướm về phía ngoài đến khi liên kết với mô mềm của lỗ bướm khẩu cái và phần trong khoang chân bướm khẩu cái. Thắt và cầm máu động mạch bướm khẩu cái. Cố gắng giữ phần cân nguyên vẹn cho đến khi mở rộng được hết phần xương.

### 6.6. Bước 6: Rạch cân trước khoang chân bướm hàm, chân bướm khẩu cái

### 6.7. Bước 7:Thắt động mạch hàm trong

Xác định động mạch hàm trong và tách động mạch khỏi lớp cân và mô mỡ bằng dụng cụ đầu tù. Sau khi thắt động mạch hàm trong bằng kẹp cầm máu, các biện pháp cầm máu khác có thể được sử dụng như dao điện đơn cực hoặc dao điện lưỡng cực.

### 6.8. Bước 8: Lấy bệnh tích

- Bóc tách và lấy bệnh tích vùng chân bướm hàm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.9. Bước 9: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu

### 6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Rò dịch não tủy: xử trí phẫu thuật vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng, tổn thương thần kinh thị. Xử trí: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não:xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ. Xử trí: điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với hút rửa hốc mổ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí mở thông ống lệ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: xử trítheo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Giảm tiết nước mắt do tổn thương hạch chân bướm khẩu cái hoặc thần kinh Vidian. Giảm tiết nước mắt thường ở mức độ ít và không cần xử trí thêm.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Cứng hàm do tổn thương cơ chân bướm trong quá trình phẫu thuật hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật gây cứng hàm tạm thời.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Cứng hàm muộn sau phẫu thuật do xơ sẹo: xử trí sử dụng các dụng cụ kéo giãn.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kuan EC, Chadra R, O'Malley WB et al (2019).Pterygopalatine, Pterygomaxillary Space Approaches, Maxillary Artery Ligation, and Approach to Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p195-209.
2. Carrau R, Prevedello DM (2018). Endoscopic Endonasal Transpterygoid Approaches to the Middle Cranial Fossa.*Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. Third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p791-802.
3. Snyderman CH, Pant H, Gardner AP (2018). Juvenile Angiofibroma. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. Third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia,p820-825.

# 3. PHẪU THUẬT VÙNG HỐ DƯỚI THÁI DƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tiếp cận các tổn thương bệnh lý vùng hố dưới thái dương, có thể là nguyên phát hoặc lan rộng từ tuyến mang tai, nền sọ, xương thái dương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương vùng lỗ tĩnh mạch cảnh (ví dụ: u tế bào Schwann, u màng não).
- Khối u thùy sâu tuyến mang tai lan rộng có xâm lấn xương thái dương.
- U dây thần kinh sinh ba (u dây V) lan xuống lỗ bầu dục.
- Tạo đường vào trong phình/giả phình động mạch cảnh đoạn trong xương đá.
- Tổn thương vùng đỉnh xương đá (ví dụ: u hạt cholesterol, sarcoma sụn, u biểu bì).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân nặng không cho phép gây mê/phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

Những người bệnh có bệnh lý nội khoa phối hợp (ví dụ: tiểu đường, tăng huyết áp) cần phối hợp điều trị.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 4-5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh ở tư thế nằm ngửa, kê gối ở dưới vai và để cổ ngửa tối đa, nghiêng đầu về bên lành.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da theo đường mổ tuyến mang tai (đường Blair), đường rạch phía trên lên cao đủ bộc lộ cân cơ thái dương.
- Bóc tách vạt da, bộc lộ cân cơ thái dương, cân cổ nông.

**6.2. Bước 2: Xác định thân dây VII**

- Bộc lộ và cắt cơ ức đòn chũm tại phần bám vào mỏm chũm.
- Xác định thân chính của dây VII.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ tĩnh mạch cảnh trong và các dây thần kinh sọ**

- Khoan cắt bỏ mỏm chũm.
- Bộc lộ đầu trên của tĩnh mạch cảnh trong, bộc lộ các dây thần kinh sọ từ IX đến XII tại vùng cổ sau đó phẫu tích tiếp tới nền sọ.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ xương chũm**

Cắt bỏ xương chũm toàn phần, đóng ống tai ngoài, mở vào ống dây thần kinh mặt.

**6.5. Bước 5: Mở xoang xích-ma**

- Thắt xoang xích-ma và tĩnh mạch cảnh trong.
- Dây VII được chuyển dịch về phía trước lỗ trâm chũm.
- Phần tĩnh mạch cảnh trong đi lên nền sọ được tiếp tục bộc lộ tới lỗ tĩnh mạch cảnh, xoang xích-ma được mở ra.

**6.6. Bước 6: Lấy bỏ tổn thương**

- Với u cận hạch, khối u trong tai giữa - xương chũm được lấy bỏ dần dần tới hành cảnh và đoạn xương đá của động mạch cảnh trong.
- Bộc lộ toàn bộ đoạn động mạch cảnh trong xương đá.
- Xác định dây thần kinh sinh ba và động mạch màng não giữa.
- Lấy bỏ bệnh tích sau khi đã bộc lộ các cấu trúc quan trọng và cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh.

- Trong trường hợp u lan rộng, xâm lấn cần cắt bỏ động mạch cảnh, có thể phải ghép động mạch cảnh. Trong một số trường hợp,khối u xâm lấn vào động mạch cảnh, có thể để lại một phần khối u sát với động mạch cảnh (đặc biệt là với u lành tính).
- Nếu u lan tới hố não sau, có thể mở màng cứng trước xoang xích-ma để cắt bỏ khối u còn lại.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.7. Bước 7: Đóng hốc mổ

- Lấy mỡ bụng lấp đầy vùng khuyết hổng (theo quy trình riêng).
- Nếu màng cứng bị mở, có thể phải dùng mô cơ rời để bịt lấp (theo quy trình riêng).
- Đóng hốc mổ.

### 6.8. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương động mạch cảnh: nặng - nguy cơ tử vong cao.
- Tổn thương dây thần kinh sọ: có thể khâu nối vi phẫu ngay.
- Viêm màng não, nhiễm trùng huyết, áp xe não.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: điều chỉnh thuốc kháng sinh, chống viêm.

### 7.3. Di chứng

- Có thể liệt dây thần kinh sọ: Liệt VII,IX, XI, XII.
- Nghe kém.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carrau RL (2017) Surgical approaches to the infratemporal fossa. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 3rd ed. Elsevier Saunder, Philadelphia, 2, p314 - 352.
2. Adunka OF (2011) Infratemporal FossaApproaches. *Otology, neurotology, and lateral skull base surgery*. Thieme, New York, 5, p377-381.
3. Pero CD (2010) Surgery of the anterior and middle cranial base. *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 5th ed. Elsevier Saunder, Philadelphia, 1,p2442-2470.

# 4. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT/ ĐỐT ĐỘNG MẠCH BƯỚM KHẨU CÁI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi thắt động mạch bướm khẩu cái ở vị trí động mạch này đi vào hốc mũi qua lỗ bướm khẩu cái.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu nặng, tái phát ở vùng cấp máu của động mạch bướm khẩu cái.
- Giảm cung cấp máu vào khối u như u xơ mạch vòm mũi họng hoặc một số khối u ác tính vùng mũi xoang trước khi tiến hành phẫu thuật.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi do nguyên nhân rối loạn đông máu.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Kẹp cầm máu (nếu có).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật**

Ước tính: 01 -2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Xác định vị trí động mạch bướm khẩu cái**

- 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 11-12mm.
- Thăm dò lỗ bướm khẩu cái bằng que thăm dò đầu tù.

**6.3. Bước 3: Bóc tách, bộc lộ lỗ bướm khẩu cái**

- 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.
- Bóc tách vạt niêm mạc sát xương, mở rộng vạt niêm mạc lên trên, bộc lộ lỗ bướm khẩu cái.
- Trong trường hợp khó xác định được lỗ bướm khẩu cái, có thể mở rộng lỗ thông xoang hàm ra phía sau, xác định thành sau của xoang hàm. Từ thành sau xoang hàm bóc tách vạt niêm mạc ra phía sau để xác định mào sàng và lỗ bướm khẩu cái.

**6.4. Bước 4: Mở rộng lỗ bướm khẩu cái**

Nếu lỗ bướm khẩu cái nhỏ, có thể mở rộng ra sau và xuống dưới (nơi thành xương mỏng nhất) để bộc lộ rõ động mạch bướm khẩu cái.

**6.5. Bước 5: Thắt động mạch bướm khẩu cái**

Thắt động mạch bướm khẩu cái bằng kẹp cầm máu hoặc dao điện lưỡng cực.

**6.6. Bước 6: Phủ lại vạt niêm mạc, đặt vật liệu cầm máu (nếu cần)**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.
- Giảm cảm giác vùng vòm miệng do tổn thương thần kinh khẩu cái lớn hoặc khẩu cái xuống.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt do tổn thương thần kinh Vidian: xử trí giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau vài tháng từ khi phẫu thuật.
- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má do tổn thương hạch bướm khẩu cái.
- Vảy mũi, khô mũi: xử trí lấy vảy và bơm rửa hốc mổ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Giảm cảm giác vùng vòm miệng do tổn thương thần kinh khẩu cái lớn hoặc khẩu cái xuống.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt do tổn thương thần kinh Vidian: xử trí giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau vài tháng từ khi phẫu thuật.
- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má do tổn thương hạch bướm khẩu cái.
- Vảy mũi, khô mũi: xử trí lấy vảy và bơm rửa hốc mổ.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li-Xing Man et al (2019). Sphenopalatine/Internal Maxillary Artery Ligation. Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery. Second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia. p19-24.
2. Budrovich G, Saetti R (1992). Microscopic and endoscopic ligature of the sphenopalatine artery. Laryngoscope,102, p1390–1394.
3. Simmen DB, Raghavan U, Briner HR, et al. The anatomy of the sphenopalatine artery for the endoscopic sinus surgeon. Am JRhinol. 2006, 20, p502–505.

# 5. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là quy trình thắt động mạch sàng trước/sàng sau qua đường ngoài.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu do tổn thương nhánh động mạch sàng trước/sàng sau.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân nặng không cho phép gây mê/phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Kẹp cầm máu (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1,5 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê toàn thân**.**
- Tư thế: người bệnh ở tư thế nằm ngửa.

### 6.1. Bước 1: Rạch da

- Tiêm tê, rạch da theo đường góc trong khóe mắt (đường Lynch).

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ động mạch sàng trước/ sàng sau

- Bóc tách tổ chức dưới da đến sát xương.
- Bộc lộ túi lệ, mào lệ trước.
- Bộc lộ động mạch sàng trước/sàng sau.

### 6.3. Bước 3: Thắt động mạch

- Thắt nhánh động mạch cần thiết bằng kẹp cầm máu/đông điện lưỡng cực.

### 6.4. Bước 4: Khâu đóng hốc mổ

### 6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Động mạch bị đứt tụt vào trong ống xương: mở rộng để cầm máu.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Tụ máu ổ mắt gây giảm thị lực: giảm áp ổ mắt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carl H.Snyderman (2017). Epistaxis. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 3rd ed. Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, p29-44.
2. Nick S. Jones (2010). Epistaxis. *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 5th ed. Elsevier Saunder, Philadelphia ,1, p687-698.
3. Benjamin S.Bleier & Rodney J.Schlosser (2014). Epistaxis. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology* ,5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia, 1, p501-508.

# 6. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi thắt động mạch sàng nhằm kiểm soát chảy máu từ động mạch sàng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi khó cầm tại các vùng cấp máu của động mạch sàng trước và sàng sau.
- Tổn thương động mạch sàng do chấn thương, phẫu thuật.
- Phối hợp với phẫu thuật nền sọ qua đường nội soi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi do nguyên nhân rối loạn đông máu.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Kẹp cầm máu (nếu có).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1:Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở các xoang, bộc lộ nền sọ và xác định các mốc quan trọng**

- Lấy bỏ mỏm móc và lỗ thông xoang hàm.
- Mở hết xoang sàng trước, sàng sau, xoang bướm, lấy bỏ các tế bào ngách trán bộc lộ lỗ thông xoang trán.

**6.3. Bước 3: Xác định vị trí của động mạch sàng**

- Xác định vị trí của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau theo vị trí giải phẫu và hướng dẫn của phim cắt lớp vi tính.
- Động mạch sàng trước thường được tìm thấy trong một tế bào sau lỗ thông xoang trán ở nền sọ hay nằm trong thành sau của tế bào trên bóng sàng cao nhất. Động mạch sàng trước ở sau khoảng 24mm so với mào lệ trước dọc theo đường khớp trán sàng.
- Động mạch sàng sau thường nằm ở ranh giới giữa trần xoang sàng sau và trần xoang bướm. Động mạch sàng sau nằm về phía sau khoảng 12mm so với động mạch sàng trước.

**6.4. Bước 4: Bộc lộ động mạch sàng**

- Dùng khoan kim cương để là loại bỏ phần xương phủ trên động mạch và bộc lộ động mạch sàng trước và/hoặc động mạch sàng sau.

**6.5. Bước 5: Thắt động mạch sàng**

- Thắt hoặc đốt động mạch bằng kẹp cầm máu hoặc dao điện lưỡng cực.

**6.6. Bước 6: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu ổ mắt: theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew Thamboo et al (2018). Operative Otolaryngology: Anterior and Posterior Ethmoid Artery Ligation for Epistaxis, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p662-667.

2. Yuresh Naidoo and P.J. Wormald (2019) Chapter 4: Endoscopic and open Anterior/ Posterior Ethmoid Artery ligation,*Alas Endoscopic Sinus and Skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p25-32.

# 7. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật thắt động mạch hàm trong theo đường Caldwell – Luc để cầm máu mũi hoặc kiểm soát động mạch nuôi dưỡng khối u trước phẫu thuật.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi nặng, tái diễn.
- Kiểm soát động mạch nuôi dưỡng cho khối u.
- Phối hợp với phẫu thuật vùng chân bướm hàm/chân bướm khẩu cái.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi do nguyên nhân rối loạn đông máu.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Kẹp cầm máu (nếu có).
- Lưỡi dao mổ.
- Chỉ khâu.
- Dụng cụ phẫu thuật xoang hàm theo đường rãnh lợi môi.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng (nếu có)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ khoan và mũi khoan tai mũi họng.

- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Gây tê niêm mạc tiền đình lợi môi**

**6.2. Bước 2: Mở vào mặt trước xoang hàm theo phẫu thuật Caldwell - Luc**

**6.3. Bước 3: Mở vào thành sau xoang hàm**

- Bóc tách niêm mạc thành sau xoang hàm.
- Lấy ngành lên xương khẩu cái và thành sau xoang hàm qua đó mở thành trước trong của khoang chân bướm hàm.

**6.4. Bước 4: Rạch cân trước khoang chân bướm hàm/chân bướm khẩu cái**

- Rạch phần cân trước hố chân bướm khẩu cái.
- Sử dụng dụng cụ đầu tù để mở rộng phần còn lại của cân.

**6.5. Bước 5: Xác định và thắt động mạch hàm trong**

- Xác định động mạch hàm trong và tách động mạch khỏi lớp cân và mô mỡ bằng dụng cụ đầu tù. Dùng kẹp cầm máu kẹp mạch hoặc buộc ở vị trí sát với chỗ chia của động mạch khẩu cái xuống.

**6.6. Bước 6: Cầm máu và khâu đóng vết mổ rãnh lợi môi**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Tổn thương thần kinh dưới ổ mắt.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: xử trí điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với hút rửa hốc mổ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Giảm tiết nước mắt do tổn thương hạch chân bướm khẩu cái hoặc thần kinh Vidian. Giảm tiết nước mắt thường ở mức độ ít và không cần xử trí thêm.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Cứng hàm do tổn thương cơ chân bướm trong quá trình phẫu thuật hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật gây cứng hàm tạm thời.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Cứng hàm muộn sau phẫu thuật do xơ sẹo: xử trí sử dụng các dụng cụ kéo giãn.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew C. Urquhart (2018). Anterior antrostomy: the Caldwell-Luc operation. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p694-699.
2. Li-Xing Man et al (2018). Sphenopalatine/ internal maxillary artery ligation. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p29-35.
3. Chandler JR, Serrins AJ (1965). Transantral ligation of the internal maxillary artery for epistaxis. *The Laryngoscope*,75(7), p1151-1159.

# 8. PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thắt động mạch hàm trong qua đường nội soi được xem như một trong những phương pháp xử trí cầm máu mũi hoặc được sử dụng để kiểm soát động mạch nuôi dưỡng cho khối u trước phẫu thuật.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi sau một bên mức độ nặng, tái diễn, không kiểm soát được.
- Kiểm soát động mạch nuôi dưỡng cho khối u như u xơ vòm mũi họng hoặc một số khối u ác tính.
- Phối hợp với phẫu thuật nội soi vùng chân bướm hàm/chân bướm khẩu cái.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép gây mê phẫu thuật.
- Chảy máu mũi do nguyên nhân rối loạn đông máu.
- Các tổn thương vùng chân bướm hàm/chân bướm khẩu cái lan rộng đến não hoặc các cấu trúc nguy hiểm khác mà phẫu thuật nội soi không kiểm soát hết được.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Kẹp cầm máu (nếu có).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.

- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 3 - 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: Gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

- Gây tê: chân bám cuốn giữa và vùng lỗ bướm khẩu cái.
- Có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở rộng lỗ thông xoang hàm tối đa**

- Lấy mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang về phía sau đến sát thành sau xoang hàm.

**6.3. Bước 3**: **Cắt vách mũi xoang**

**6.4. Bước 4: Mở vào thành sau xoang hàm**

- Bóc tách niêm mạc thành sau xoang hàm và dùng khoan hoặc kìm Kerrison loại bỏ ngành lên xương khẩu cái cũng như phần xương của thành sau xoang hàm,qua đó mở vào thành trước trong của khoang chân bướm hàm.

**6.5. Bước 5:Rạch cân trước khoang chân bướm hàm/chân bướm khẩu cái**

- Rạch phần cân trước hố chân bướm khẩu cái.
- Sử dụng dụng cụ đầu tù như thìa nạo hoặc que thăm dò để mở rộng phần còn lại của cân.

**6.6. Bước 6:Xác định động mạch hàm trong và thắt động mạch hàm trong**

- Xác định động mạch hàm trong và tách động mạch khỏi lớp cân và mô mỡ bằng dụng cụ đầu tù.
- Thắt động mạch hàm trong. Sau khi thắt động mạch hàm trong bằng kẹp cầm máu, các biện pháp cầm máu khác có thể được sử dụng.

**6.7. Bước 7: Bơm rửa hốc mổ, cầm máu và đặt vật liệu cầm máu**

### 6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy. Xử trí: phẫu thuật vá lại lỗ thủng nền sọ.
- Biến chứng mắt: tụ máu ổ mắt. Xử trí: theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Biến chứng mắt: tổn thương thần kinh thị giác. Xử trí: phối hợp với chuyên khoa mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu. Xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy. Xử trí: phẫu thuật vá lại lỗ thủng nền sọ.
- Viêm màng não, viêm não. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Viêm xoang sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị nội khoa.
- Cứng hàm: Tổn thương cơ chân bướm trong quá trình phẫu thuật hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật gây cứng hàm tạm thời.
- Tê bì vùng mặt do tổn thương dây thần kinh V2, V3.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Cứng hàm muộn sau phẫu thuật do xơ sẹo. Xử trí: sử dụng các dụng cụ kéo giãn.
- Tê bì vùng mặt do tổn thương dây thần kinh V2, V3.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Man, L. X., Fakhri, S., Luong, A. U., & Citardi, M. J. (2018). Sphenopalatine/internal maxillary artery ligation. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery E-Book*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 3, p29-35.
2. Edward C. Kuan, Rakesh Chandra, Bert W. O'Malley, Jr., and Nithin D. Adappa (2018). Pterygopalatine/Pterygomaxillary Space Approaches, Maxillary Artery Ligation, and Approach to Juvenil e Nasopharyngeal Angiofibroma. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery E-Book,* second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 24, p208-224.
3. Piastro, K., Scagnelli, R., Gildener-Leapman, N., & Pinheiro-Neto, C. D. (2018). Outcomes of sphenopalatine and internal maxillary artery ligation inside the pterygopalatine fossa for posterior epistaxis. *Rhinology*, *56*(2), p144-148.

# 9. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE Ổ MẮT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là dẫn lưu bằng đường ngoài các ổ áp xe hốc mắt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe ổ mắt đã điều trị nội khoa mà lâm sàng không cải thiện sau 72 giờ, hoặc xấu đi sau 48 giờ hoặc không hạ được sốt sau 36 giờ.
- Giảm thị lực trong quá trình theo dõi.
- Ổ áp xe lớn hoặc ở các vị trí khó khiến đường mổ nội soi qua mũi không đảm bảo dẫn lưu hết mổ mủ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Lưỡi dao.
- Bộ cấy vi sinh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1 – 2 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối đầu tròn.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch vùng rạch da.

### 6.1. Bước 1

Rạch da, đường rạch tùy thuộc vị trí, kích thước ổ áp xe.

### 6.2. Bước 2

Bóc tách cơ vòng mi, dọc theo bờ ổ mắt.

### 6.3. Bước 3

- Ổ áp xe ngoài bao: rạch màng xương, bóc tách tìm ổ áp xe.
- Áp xe trong ổ mắt: rạch bao ổ mắt, tiếp cận ổ áp xe trong bao.

### 6.4. Bước 4

Mở rộng, đánh thông ổ áp xe, lấy mủ nuôi cấy và làm kháng sinh đồ, bơm rửa.

### 6.5. Bước 5

Đặt dẫn lưu, khâu đóng theo các lớp giải phẫu.

### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa xét nghiệm.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương nhãn cầu: hội chẩn chuyên khoa mắt.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ nếu cần thiết.
- Viêm tổ chức hốc mắt, nhiễm trùng huyết: điều trị theo kháng sinh đồ.
- Đứt cơ vận nhãn: phối hợp với bác sĩ chuyên khoa mắt.
- Giảm hoặc mất thị lực: hội chẩn chuyên khoa mắt.

### 7.3. Di chứng

Sẹo co kéo làm giảm vận động mắt, mi mắt: xử trí hội chẩn chuyên khoa mắt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giannoni CM, Debra G.W (2006). Complications of Rhinosinusitis. *Bailey, Byron J-Head & Neck Surgery-Otolaryngology*, 4th edition,Lippincott Williams & Wilkins,chap 35. 494-498.
2. RichardsNQ, Myers EN (2017), Orbital abscess. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Volume 2, 3rd edition, Elsevier Health Sciences, Chap 152, 1044-1049.
3. Zawadzki T, Komisarek O, Pawłowski J et al (2022). Orbital abscess—two case reports with review. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 1-10.

# 10. PHẪU THUẬT BÍT LẤP RÒ DỊCH NÃO TỦY Ở MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật bít lấp rò dịch não tủy ở mũi qua đường ngoài áp dụng với những trường hợp rò dịch não tủy qua bản sau xoang trán mà phẫu thuật nội soi không tiếp cận và xử trí được.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Rò dịch não tủy tại vị trí bản sau, thành ngoài xoang trán mà phẫu thuật nội soi không thể kiểm soát được.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang có viêm màng não.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Viêm mũi xoang cấp, viêm tủy xương.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Chỉ khâu, lưỡi dao.
- Keo sinh học.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang (nếu cần).
- Bộ nội soi tai mũi họng (nếu cần).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Bộ khoan tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3 - 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUÁ TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.
- Sát khuẩn vùng mổ.
- Tiêm tê tại chỗ dọc theo đường rạch da.

**6.1. Bước 1:Bộc lộ mặt trước xoang trán**

- Rạch da từ giữa gờ trên ổ mắt, dọc theo cung lông mày, xuống đến khóe trong ổ mắt, rạch qua cơ, cân, cốt mạc.
- Bóc tách bộc lộ mặt trước xoang trán.

**6.2. Bước 2: Mở mặt trước xoang trán**

- Mở thành trước xoang trán đường kính 1 - 1,5 cm (tùy theo kích thước xoang) ngay trên gờ trong cung lông mày.
- Mở rộng mặt trước xoang trán tùy theo vị trí rò dịch não tủy.

**6.3. Bước 3**: **Bộc lộ lỗ rò dịch não tủy**

- Xác định kích thước tổn thương nền sọ để lựa chọn vật liệu ghép phù hợp.

**6.4. Bước 4: Lấy vật liệu vá nền sọ (nếu cần)**

- Lấy vật liệu vá nền sọ như mỡ, cân cơ, sụn, xương và khâu đóng vết mổ.

**6.5. Bước 5: Đánh giá sự dẫn lưu của ngách trán**

- Đánh giá sự dẫn lưu của ngách trán. Nếu ngách trán bị tắc nghẽn tiến hành mở xoang trán và ngách trán qua đường nội soi và đặt ống thông trán mũi (theo quy trình riêng).

**6.6. Bước 6: Bít lấp tổn thương nền sọ**

- Tùy theo kích thước mà có thể sử dụng các vật liệu khác nhau, áp dụng nguyên lý vá rò nhiều lớp.
- Đặt miếng ghép mô mềm như mỡ, cân cơ thái dương, cân cơ đùi, hoặc miếng ghép nhân tạo.
- Tăng cường bằng sụn, xương và mảnh ghép niêm mạc mũi (nếu cần).

- Bơm keo sinh học và chèn vật liệu cầm máu tự tiêu.

**6.7. Bước 7:Cầm máu hốc mổ**

**6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ**

- Đặt lại mảnh xương hoặc tái tạo mặt trước xoang trán (nếu cần). Khâu đóng vết mổ.

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương trần ổ mắt: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu nội sọ. Nguyên nhân có thể chảy máu từ xương sọ, màng cứng, xoang tĩnh mạch, nhu mô não dập trong quá trình bóc tách gây chảy máu. Xử trí tùy theo mức độ tụ máu.
- Tụ khí nội sọ: do khí từ trong hốc mũi thoát vào trong nội sọ trong quá trình phẫu thuật, thông thường lượng khí ít và có thể tự hấp thụ hết sau vài ngày.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy tái phát: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh.
- Viêm màng não. Xử trí: điều trị kháng sinh, theo dõi.
- Áp xe não: Điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe nếu cần.
- Các tai biến về mắt (ví dụ: tụ máu ổ mắt, nhìn đôi, tổn thương các dây thần kinh trên ổ mắt): phối hợp với Chuyên khoa Mắt.

### 7.3. Biến chứng muộn

U nhầy xoang. Xử trí: phẫu thuật dẫn lưu u nhầy mũi xoang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradford A. Woodworth and Rodney J. Schlosser (2016). Frontal Sinus Cerebrospinal Fluid Leaks. *The Frontal Sinus*, second edition, Springer, Berlin, p470-482.
2. Alfred Marc C. Iloreta, Nithin D.Adappa, Satish Govindaraj (2019). Frontal sinus trephination. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p301-307.

# 11. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE Ổ MẮT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi dẫn lưu áp xe ổ mắt qua xương giấy vào hốc mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi xoang biến chứng áp xe dưới màng xương hoặc áp xe ổ mắt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Áp xe dưới màng xương ở trẻ nhỏ, thị lực, vận nhãn, bình thường, nhãn áp dưới 20 mmHg, lồi mắt < 5mm, ổ áp xe trên phim cắt lớp vi tính< 4mm có thể cân nhắc điều trị nội khoa.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2:Lấy mỏm móc, mở xoang hàm và xoang sàng theo quy trình nội soi mở xoang hàm và xoang sàng**

- Có thể sử dụng hệ thống định vị để chắc chắn loại bỏ các tế bào sàng dọc theo thành trong ổ mắt và tiếp cận mặt trước xoang bướm.

**6.3. Bước 3:Tiếp cận thành trong ổ mắt**

- Bộc lộ xương giấy đi từ đỉnh ổ mắt đến ống lệ.

**6.4. Bước 4**: **Lấy bỏ thành trong ổ mắt**

- Mở xương giấy tương ứng ổ áp xe và lấy xương giấy theo hướng xuống dưới, lên trên và ra sau.

**6.5. Bước 5:Dẫn lưu ổ áp xe**

- Với ổ áp xe dưới màng xương, khi xương giấy được lấy bỏ, mủ từ ổ áp xe sẽ được dẫn lưu vào khe giữa. Có thể hoàn thành việc dẫn lưu bằng cách ấn nhẹ vào ổ mắt để đẩy mủ trong ổ áp xe vào hốc mũi.
- Với ổ áp xe trong ổ mắt: rạch cốt mạc cốt mạc theo đường từ sau ra trước để tránh việc mỡ và các cấu trúc bên trong ổ mắt sa xuống làm che khuất phẫu trường. Bộc lộ tổ chức trong ổ mắt. Xác định ổ áp xe trong ổ mắt và mở vào ổ áp xe, ấn ổ mắt để dẫn lưu hết mủ vào hốc mũi.

**6.6. Bước 6: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu trong ổ mắt: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt: giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau phẫu thuật vài tháng.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí tùy theo mức độ.
- Song thị: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3 Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: phẫu thuật tách dính.
- U nhầy xoang: phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.
- Viêm tắc ống lệ. Xử trí: tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carla M. Giannoni (2014). Complications of rhinosinusitis. *Bailey's Head and Neck Surgery*, fifth editon, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1, p573-585.
2. Fakhri S (2008). Endoscopic drainage of subperiosteal orbital abscesses. *Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg*,19(3), p195-198.
3. Brain C. Lobo and Raj Sindwani (2019). Endoscopic Orbital Decompression. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p149-156.

# 12. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÍT LẤP RÒ DỊCH NÃO TỦY Ở MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi bít lấp dò dịch não tủy ở mũi qua đường mũi. Phẫu thuật nội soi có thể điều trị hầu hết các tổn thương rò dịch não tủy qua mũi với tỷ lệ thành công cao.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Rò dịch não tủy sau chấn thương điều trị nội khoa bảo tồn thời gian trên 10 ngày không cải thiện.
- Rò dịch não tủy tự phát.
- Rò dịch não tủy phát hiện trong khi phẫu thuật nội soi mũi xoang hoặc phẫu thuật nền sọ.
- Thoát vị não màng não.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lỗ rò tại vị trí không tiếp cận được bằng nội soi như lỗ rò bản sau xoang trán trong khi kích thước xoang trán nhỏ.
- Người bệnh đang bị viêm màng não.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Viêm mũi xoang cấp, viêm tủy xương.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Chỉ khâu, lưỡi dao.
- Keo sinh học.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mềm (nếu cần).
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Chuẩn bị người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3 - 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUÁ TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1:Gây tê tại chỗ**

- Đặt bấc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2:Bộc lộ vị trí dò dịch não tủy**

- Có thể tiêm chất cản quang Fluorescein vào khoang dưới nhện tủy sống qua dẫn lưu thắt lưng và đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg để phát hiện vị trí rò dịch não tủy qua nội soi.
- Phẫu thuật mở các xoang cần thiết để bộc lộ vị trí rò dịch não tủy. Xác định kích thước tổn thương nền sọ để lựa chọn vật liệu ghép phù hợp.

**6.3. Bước 3: Lấy vật liệu vá nền sọ (nếu cần)**

- Lấy vật liệu vá nền sọ như mỡ, cân cơ, sụn, xương và khâu đóng vết mổ.

**6.4. Bước 4: Vá lỗ rò dịch não tủy**

- Lấy bỏ niêm mạc quanh vị trí khuyết xương cách bờ xương khuyết khoảng 5mm.
- Sử dụng mô mềm như mỡ, cân cơ thái dương, cân cơ đùi, hoặc miếng ghép nhân tạo.
- Nếu vùng khuyết xương nền sọ trên 5mm có thể đặt miếng đỡ bằng sụn, xương.

- Tăng cường bằng vạt tự do hoặc có cuống của niêm mạc vách ngăn, mặt niêm mạc hướng vào hốc mũi.

**6.5. Bước 5: Chèn vật liệu cố định mảnh vá**

**6.6. Bước 6: Bơm keo sinh học vào hốc mổ nếu cần**

**6.7. Bước 7: Cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.8. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: xử trí phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu nội sọ: nguyên nhân có thể chảy máu từ xương sọ, màng cứng, xoang tĩnh mạch, nhu mô não dập trong quá trình bóc tách gây chảy máu. Xử trí: tùy theo mức độ tụ máu.
- Tụ khí nội sọ: do khí từ trong hốc mũi thoát vào trong nội sọ trong quá trình phẫu thuật, thông thường lượng khí ít và có thể tự hấp thụ hết sau vài ngày.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy tái phát:xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật lại.
- Viêm màng não: xử trí điều trị kháng sinh, theo dõi.
- Áp xe não: xử trí điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe nếu cần.
- Các tai biến về mắt (ví dụ: tụ máu ổ mắt, nhìn đôi, tổn thương thần kinh thị): Phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhầy xoang. Xử trí: phẫu thuật dẫn lưu u nhầy mũi xoang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfred Marc C. Iloreta, Nithin D.Adappa, Satish Govindaraj (2019). Frontal sinus trephination. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p301-307.

2. Ricardo L. Carrau, Allan D. Vescan, Carl H. Snyderman et al (2018). Endoscopic Management of Cerebrospinal Fluid Leaks. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 2, p397-406.
3. Sarah K.Wise, Richard J. Harvey, Rodney J. Schlosser (2008). Recurrent Cerebrospinal Fluid Leaks and Meningoencephaloceles. *Revision Sinus Surgery*, Springer, Berlin, p167-178.

# 13. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ NÃO, MÀNG NÃO VÙNG MŨI XOANG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị não màng não vùng mũi xoang là phẫu thuật nội soi qua đường mũi lấy khối thoát vị não màng não vùng mũi xoang và đóng khuyết sọ vùng nền sọ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Thoát vị não màng não bẩm sinh.
- Thoát vị não màng não do chấn thương.
- Thoát vị não màng não sau phẫu thuật.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang có tình trạng viêm mũi xoang cấp.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Keo sinh học.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.

- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 - 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và gây tê**

- Đặt co mạch niêm mạc hốc mũi.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2:Xác định và bộc lộ khối thoát vị**

- Nội soi kiểm tra khe giữa, khe khứu, ngách bướm sàng xác định vị trí thoát vị, so sánh với tổn thương trên phim cắt lớp vi tính.
- Thoát vị trần sàng là vị trí thường gặp nhất. Cần mở xoang sàng trước, sàng sau để bộc lộ khối thoát vị.
- Thoát vị xoang trán: thực hiện phẫu thuật Draf III.
- Thoát vị xoang bướm: có thể vào xoang bướm qua lỗ thông tự nhiên hoặc vào xoang bướm qua xoang sàng.

**6.3. Bước 3: Lấy khối thoát vị**

- Dùng đông điện lưỡng cực đốt thu nhỏ hoặc cắt bỏ khối thoát vị đến cuống khối thoát vị.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4:Bộc lộ vị trí khuyết nền sọ**

- Bộc lộ xương nền sọ và màng cứng xung quanh khối thoát vị, làm mới niêm mạc xung quanh lỗ thoát vị.

**6.5. Bước 5: Lấy vật liệu vá nền sọ (nếu cần)**

- Lấy vật liệu vá nền sọ như mỡ, cân cơ, sụn, xương và khâu đóng vết mổ.

### 6.6. Bước 6: Bít lấp tổn thương nền sọ

- Tùy theo kích thước mà có thể sử dụng các vật liệu khác nhau, áp dụng nguyên lý vá rò nhiều lớp.
- Đặt miếng ghép: sử dụng mô mềm như mỡ bụng mỡ đùi, cân cơ thái dương, cân cơ đùi, hoặc miếng ghép nhân tạo.
- Nếu lỗ thoát vị trên 5mm có thể đặt miếng đỡ bằng sụn, xương vách ngăn.
- Với trường hợp thoát vị lớn vào xoang trán, xoang bướm có thể phải bít lấp xoang trán, xoang bướm bằng mỡ bụng. Với kỹ thuật này cần lấy hết niêm mạc trong lòng xoang trước khi chèn đầy xoang bằng mỡ bụng.

### 6.7. Bước 7: Tăng cường miếng ghép

- Tăng cường bằng vạt tự do hoặc có cuống của niêm mạc vách ngăn hoặc cuốn giữa. Chèn vật liệu cầm máu tự tiêu và bơm keo sinh học.
- Đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu để phòng nguy cơ chảy máu và đỡ mảnh ghép, cũng có thể sử dụng sonde Foley bơm bóng đỡ mảnh ghép nếu cần.

### 6.8. Bước 8:Dẫn lưu dịch não tủy thắt (nếu cần)

- Dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng nếu lỗ thoát vị lớn, nguy cơ rò dịch não tủy nhiều (hiện nay với việc áp dụng keo sinh học nguy cơ rò dịch não tủy sau phẫu thuật cũng giảm nhiều).

### 6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu nội sọ: nguyên nhân có thể chảy máu từ xương sọ, màng cứng, xoang tĩnh mạch, nhu mô não dập trong quá trình bóc tách gây chảy máu. Xử trí tùy theo mức độ tụ máu.
- Tụ khí nội sọ: do khí từ trong hốc mũi thoát vào trong nội sọ trong quá trình phẫu thuật, thông thường lượng khí ít và có thể tự hấp thụ hết sau vài ngày.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy tái phát: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật lại.
- Viêm màng não: xử trí điều trị kháng sinh, theo dõi.

- Áp xe não: xử trí điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe nếu cần.
- Các tai biến về mắt (ví dụ: tụ máu ổ mắt, nhìn đôi, tổn thương thần kinh thị): phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Mất ngửi do tổn thương thần kinh khứu giác.

**7.3. Biến chứng muộn**

- U nhầy xoang. Xử trí: phẫu thuật dẫn lưu u nhầy mũi xoang.
- Dính niêm mạc hốc mũi. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Mất ngửi do tổn thương thần kinh khứu giác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avinash V. Mantravadi and Kevin C. Welch (2019). Repair of Cerebrospinal Fluid Leak and Encephalocele of the Cribriform Plate. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p236-246.
2. Benjamin S. Bleier and Rodney Schlosser (2019). Sphenoid Sinus Cerebrospinal Fluid Leak and Encephalocele Repair. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p247-257.

# 14. PHẪU THUẬT MỞ XOANG TRÁN ĐƯỜNG NGOÀI (PHẪU THUẬT JACQUES)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương xoang trán lành tính hoặc ác tính không thể tiếp cận qua đường nội soi.
- Chấn thương xoang trán bao gồm vỡ vụn xoang trán, lõm bản trước xoang, chấn thương ngách trán.
- Rò dịch não tủy, thoát vị não qua xoang trán.
- Viêm xoang trán mạn tính tái phát sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu mũi tự tiêu và không tự tiêu.
- Lưỡi dao, chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.

- Đục, bộ khoan tai mũi họng và kìm gặm xương.
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Sát khuẩn vùng mổ.
- Tiêm tê tại chỗ dọc theo đường rạch da.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ mặt trước xoang trán**

- Rạch da từ giữa gờ trên ổ mắt, dọc theo cung lông mày, xuống đến khóe trong ổ mắt.
- Rạch qua cơ, cân, cốt mạc, bóc tách bộc lộ mặt trước xoang trán.

**6.2. Bước 2: Mở vào xoang trán**

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

**6.3. Bước 3: Lấy bệnh tích**

- Quan sát, đánh giá bệnh tích trong xoang, lấy bệnh tích. Lưu ý không làm rạn, vỡ thành sau và thành dưới xoang.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4:Đánh giá ngách trán và đặt ống thông trán mũi khi cần thiết**

- Có thể kết hợp nội soi mũi xoang.

**6.5. Bước 5: Bơm rửa sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ**

**6.6. Bước 6: Đóng xoang**

- Đặt vật liệu cầm máu (nếu cần).
- Khâu đóng vết mổ 2 lớp.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương trần ổ mắt: xử trí đặt vật liệu cố định.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Vỡ thành sau xoang trán, rò dịch não tủy: xử trí vá lại vị trí rò dịch não tủy.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: xử trí điều trị kháng sinh.
- Viêm màng não, viêm não: nếu có tổn thương bản sau xoang trán: xử trí điều trị kháng sinh, theo dõi.
- Các tai biến về mắt (tụ máu ổ mắt, nhìn đôi, tổn thương các dây thần kinh trên ổ mắt): theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt, phối hợp với bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ dính.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Megan L. Durr and Andrew N. Goldberg (2016). Open Approaches to the Frontal Sinus. *The Frontal Sinus*, second edition, Springer, Berlin p539-554.
2. Carlos D. Pinheiro-Neto and Carl H. Snyderman (2014). External Approaches in Sinus Surgery. *Bailey's Head and Neck Surgery. Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams &. Wilkins, Philadelphia, vol 1, p604-611.
3. Yuresh S. Naidoo and Peter-John Wormald (2014). Frontal sinus surgery. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams &. Wilkins, Philadelphia, vol 1, p675-687.

# 15. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG TRÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật nội soi mở rộng ngách trán để lấy bệnh tích và dẫn lưu xoang trán.
- Các phẫu thuật nội soi xoang trán được mô tả theo phân loại Wolfgang Draf's 1991 gồm: Draf I, Draf IIa, Draf IIb và Draf III.
- Quy trình kỹ thuật này chúng tôi mô tả phẫu thuật nội soi mở xoang trán Draf I và II.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang trán cấp gây biến chứng nội sọ hoặc ổ mắt.
- Viêm xoang trán cấp không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Viêm xoang trán mạn tính không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Viêm xoang trán do nấm.
- U lành tính xoang trán (ví dụ: u nhầy, u nhú, u xương, u máu).
- U ác tính của xoang trán.
- Chấn thương xoang trán.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các khối u xoang trán lan rộng cần thiết phẫu thuật mở xoang trán đường ngoài.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.

- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở xoang trán**

*6.2.1. Quy trình phẫu thuật nội soi mở xoang trán Draf I*

- Lấy mỏm móc.
- Mở bóng sàng và các tế bào sàng trước.

*6.2.2. Quy trình phẫu thuật nội soi mở xoang trán Draf IIa*

- Thực hiện các bước theo quy trình phẫu thuật xoang trán Draf I.
- Loại bỏ các tế bào ngách trán, mở rộng lỗ thông xoang trán từ cuốn giữa đến xương giấy. Chú ý bảo tồn niêm mạc lành vùng ngách trán.

*6.2.3. Quy trình phẫu thuật nội soi mở xoang trán Draf IIb*

- Thực hiện các bước theo quy trình phẫu thuật xoang trán Draf IIa.
- Cắt một phần trước đầu cuốn giữa, phần đầu cuốn giữa được cắt đến ngay dưới vị trí gắn của cuốn giữa vào nền sọ, phía sau đến bản sau xoang trán.

- Lấy bỏ sàn xoang trán: lấy sàn xoang trán từ xương giấy đến vách ngăn. Khi gai mũi trán bị nhô ra hoặc có tình trạng tân tạo xương, dùng khoan mài phần gai mũi trán.

**6.3. Bước 3: Lấy bệnh tích trong xoang trán**

- Lấy bệnh tích trong xoang trán.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Quy trình phẫu thuật nội soi mở xoang trán Draf III: đã có quy trình riêng.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: xử trí phối hợp với Chuyên khoa Mắt theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.
- Tăng sản xương gây hẹp lỗ thông xoang trán: xử trí phẫu thuật mở rộng lại lỗ thông xoang trán.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander G.Chiu, James N. Palmer, Nithin D.Adappa (2019). Frontal Sinusotomy-Draf I and Draf IIa, Frontal Sinusotomy-Draf IIb. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, Second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p67-82.

2. Ulrike Bockmuhl and Wolfgang Draf (2008). Endoscopic and Microscopic Revision Frontal Sinus Surgery. *Revision Sinus Surgery*. Springer. Berlin. p117-126.
3. Yuresh S. Naidoo and Peter-John Wormald (2014). Frontal sinus surgery. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams &. Wilkins, Philadelphia, vol 1, p675-687.

# 16. PHẪU THUẬT XOANG TRÁN THEO ĐƯỜNG NGOÀI CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở xoang trán theo đường ngoài có hỗ trợ nội soi là phẫu thuật mở mặt trước của xoang để quan sát trực tiếp kết hợp với nội soi để lấy bỏ bệnh tích trong xoang, làm ống thông mũi trán khi bị tắc.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương xoang trán lành tính hoặc ác tính không thể tiếp cận qua đường nội soi.
- Chấn thương xoang trán bao gồm vỡ vụn xoang trán, lõm bản trước xoang, chấn thương ngách trán.
- Rò dịch não tủy, thoát vị não qua xoang trán.
- Viêm xoang trán mạn tính tái phát sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao, chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Sát khuẩn vùng mổ.
- Tiêm tê tại chỗ dọc theo đường rạch da.

**6.1. Bước 1:Bộc lộ mặt trước xoang trán**

- Rạch da từ giữa gờ trên ổ mắt dọc theo cung lông mày xuống đến khóe trong ổ mắt, rạch qua cơ, cân, cốt mạc. Bóc tách bộc lộ mặt trước xoang trán.

**6.2. Bước 2:Mở vào xoang trán**

- Mở thành trước vào xoang đường kính 1 - 1,5 cm (tùy theo kích thước xoang) ngay trên gờ trong cung lông mày. Mở rộng mặt trước tùy theo tình trạng bệnh tích xoang.

**6.3. Bước 3:Lấy bệnh tích**

- Dùng optic 0 độ và optic góc quan sát, đánh giá bệnh tích trong lòng xoang trán và lấy sạch bệnh tích. Lưu ý không làm rạn, vỡ thành sau và thành dưới xoang.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Đánh giá sự dẫn lưu của ngách trán**

- Đánh giá sự dẫn lưu của ngách trán. Nếu ngách trán bị tắc nghẽn tiến hành mở xoang trán và ngách trán qua đường nội soi và đặt ống thông trán mũi theo quy trình riêng.

**6.5. Bước 5: Bơm rửa sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ**

**6.6. Bước 6: Đóng xoang**

- Đặt vật liệu cầm máu (nếu cần).
- Khâu đóng vết mổ.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradford A. Woodworth and Rodney J. Schlosser; (2016). Chapter 34 Frontal Sinus Cerebrospinal Fluid Leaks, *The Frontal Sinus*, Second edition, Springer, Berlin,p539-554.
2. Alfred Marc C. Iloreta et al; (2019). Chapter 32 Frontal sinus trephination, *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, Second edition, Elsevier, Philadelphia. p301-307.

# 17. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ LỖ THÔNG XOANG TRÁN (LOTHROP CẢI TIẾN)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi xoang trán Lothrop cải biên là phẫu thuật để biến giải phẫu phức tạp và đường dẫn lưu xoang trán hẹp thành một hốc đơn giản bằng cách lấy đi phần sàn xoang trán, vách ngăn liên xoang trán và phần cao vách ngăn mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang mạn tính tăng bạch cầu ái toan, tam chứng Samter (hen, dị ứng aspirin, polyp mũi), polyp mũi nặng với tiền sử viêm đường hô hấp dưới nhiều lần.
- Viêm xoang trán khó điều trị đã thất bại với phẫu thuật nội soi trước đó.
- Một số trường hợp sửa chữa rò dịch não tủy, thoát vị não.
- U nhầy sau thất bại của phẫu thuật lật vạt da cơ – cốt mạc bít lấp xoang trán.
- Hẹp ngách trán do tân tạo xương, dính ngách trán sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bệnh tích gây mất thành sau và sàn xoang trán.
- Khối u vùng xoang trán, ví dụ: u nhú, u xương, u xơ sinh xương.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đường kính trước sau xoang trán quá hẹp < 5mm.
- Thiểu sản xoang trán.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.

- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- -Phẫu thuật thường được thực hiện ở bên mũi có ngách trán dễ tiếp cận hơn.
- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê tại chỗ chân bám cuốn giữa, mỏm móc, đầu cuốn giữa, vách ngăn vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Lấy mỏm móc, mở các xoang tùy theo bệnh tích**

- Lấy toàn bộ mỏm móc, mở các xoang sàng trước, xác định thành trong ổ mắt. Có thể mở các xoang hàm, sàng sau, xoang bướm tùy vào bệnh tích của các xoang.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ gai mũi trán và xác định giới hạn phía sau của phẫu thuật (thần kinh khứu giác đầu tiên)**

- Rạch niêm mạc bắt đầu ở trước trên bên dưới xoang trán xuống dưới, rạch theo hai phía ra ngoài dọc theo mỏm trán xương hàm trên và vào trong phía trước vách ngăn kết thúc ở ngang mức điểm nối 1/3 trên và 2/3 dưới cuốn giữa.
- Từ đường rạch, bóc tách niêm mạc cho đến giới hạn phía sau (thần kinh khứu giác đầu tiên).

**6.4. Bước 4:Cắt cuốn giữa**

- Cắt đầu cuốn giữa đến tận vị trí không gian phía sau lỗ thông xoang trán.

### 6.5. Bước 5: Khoan mở rộng ngách trán

- Khoan mở rộng ngách trán ra phía trước đến gai mũi trán, phía ngoài đến xương giấy, phía trong đến vách ngăn, phía sau đến bản sau xoang trán.

### 6.6. Bước 6: Cắt phần cao vách ngăn

- Cắt phần cao vách ngăn nằm ngay dưới sàn xoang trán kích thước khoảng 2cm.

### 6.7. Bước 7: Khoan mở xoang trán bên đối diện

- Tiếp tục khoan qua mỏm trán, loại bỏ phần hết phần sàn xoang bên đối diện đến xương giấy bên đối diện.

### 6.8. Bước 8:Lấy phần thấp vách ngăn xoang trán

### 6.9. Bước 9: Lấy hết bệnh tích trong xoang trán

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.10. Bước 10: Bơm rửa sạch hốc mổ, cầm máu và đặt vật liệu cầm máu

### 6.11. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị, tổn thương cơ thẳng: phối hợp với chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhày xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E. Ritter Sasoni, Raymond Sacks and Richard J. Harvey (2019). Frontal Sinusotomy - Draf III. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p93-101.
2. Myers, Eugene N and Carl H. Snyderman (2018). Draf III, Endoscopic Modified Lothrop. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p744-751.

# 18. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG SÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi lấy hết các vách xoang sàng để xoang sàng trước, sàng sau hợp nhất thành một hốc rỗng, được thực hiện khi có bệnh tích liên quan đến xoang này.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang có hoặc không có polyp mũi, có bệnh tích xoang sàng.
- Nấm xoang, u nhầy, u xương, u nhú mũi xoang.
- U vùng xoang sàng.
- Phối hợp với các phẫu thuật tiếp cận ổ mắt, nền sọ, xoang bướm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện:**

Ước tính: 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở mỏm móc**

- Mở mỏm móc theo kỹ thuật từ trước ra sau hoặc từ sau ra trước.

**6.3. Bước 3: Mở xoang sàng trước**

- Mở bóng sàng từ vị trí sau trong bóng sàng, mở bóng sàng theo hướng ra trước, ngoài. Lấy mặt trước bóng sàng và phần bóng sàng bám vào thành trong ổ mắt.
- Mở các tế bào sàng trước đến giới hạn phía sau là mảnh nền cuốn giữa, phía trên là nền sọ, phía trong là cuốn giữa và phía ngoài là xương giấy.

**6.4. Bước 4: Mở mảnh nền để vào sàng sau**

- Mở qua mảnh nền xuống dưới tới phần ngang mảnh nền, lên trên tới trần sàng. Lấy bỏ các mảnh xương bám vào xương giấy.

**6.5. Bước 5: Mở xoang sàng sau**

- Mở các tế bào sàng sau đến giới hạn phía sau là mặt trước xoang bướm, phía trên là nền sọ, phía trong là cuốn giữa và phía ngoài là xương giấy.

**6.6. Bước 6: Lấy hết bệnh tích trong xoang**

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.7. Bước 7: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: xử trí phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nithin D. Adappa and et al (2019). Chapter 7: Partial and Complete Ethmoidectomy. *Atlas of* Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p51-58.
2. Garret Choby, Stella E. Lee (2018). Endoscopic Ethmoidectomy. Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p718-724.

# 19. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở xoang hàm qua lỗ thông tự nhiên để dẫn lưu hoặc lấy bệnh tích trong xoang hàm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- 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 xoang hàm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2**: **Xác định mỏm móc và lỗ thông xoang hàm**

- Bẻ cuốn giữa vào trong, bẻ cuốn dưới ra ngoài để làm rộng trường phẫu thuật.
- Dùng que thăm dò xoang hàm xác định lỗ thông xoang hàm và mỏm móc.

**6.3. Bước 3**: **Lấy mỏm móc**

- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa. Lấy phần ngang và phần đứng của mỏm móc.

**6.4. Bước 4**: **Mở rộng lỗ thông xoang hàm**

- Mở rộng lỗ thông xoang qua vùng Fontanelle sau bằng đột thẳng hoặc dụng cụ cắt hút. Kích thước của lỗ thông xoang phụ thuộc vào bệnh tích trong xoang.

**6.5. Bước 5: Lấy bệnh tích**

- Lấy sạch bệnh tích trong xoang hàm qua lỗ thông xoang.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6**: **Bơm rửa sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí tùy mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: theo dõi hoặc phẫu thuật giảm áp ổ mắt.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy theo mức độ.
- U nhày xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhày.
- Chảy nước mắt do tổn thương ống lệ tỵ: xử trí mở thông ống lệ tỵ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander G.Chiu and James N. Palmer (2019). Maxillary Antrostomy. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p41-50.
2. Perter- John Wormald (2018). Uncinectomy and Middle Meatal Antrostomy Including Canine Fossa Puncture. Anatomy. *Endoscopy sinus surgery Anatomy, Three – Dimensional Reconstrucion and Surgical Technique,* fourth edition, Thieme, NewYork, p33-51.

# 20. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG BƯỚM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở xoang bướm để lấy bệnh tích và dẫn lưu xoang bướm. Có hai kỹ thuật mở xoang bướm: mở xoang bướm qua lỗ thông tự nhiên và mở xoang bướm qua xoang sàng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Mở xoang bướm qua qua lỗ thông tự nhiên:

+ Bệnh lý khu trú trong xoang bướm: viêm xoang bướm đơn độc, nấm xoang bướm, uxoang bướm.

+ Phẫu thuật nội soi u vùng hố yên (phẫu thuật trong trường hợp này thường phối hợp với cắt phần sau vách ngăn).

- Mở xoang bướm qua xoang sàng:

+ Viêm mũi xoang mạn tính có/không có polyp mũi.

+ U mũi xoang có liên quan đến xoang sàng và xoang bướm.

+ Bệnh lý khu trú xoang bướm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Chuẩn bị người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- - Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt co mạch và tiêm tê**

- Đặt thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở xoang bướm**

*6.2.1. Mở xoang bướm qua mũi*

- Bộc lộ lỗ thông xoang bướm: Dùng ống nội soi 0 độ, đẩy cuốn giữa ra ngoài để xác định bờ tự do cuốn trên và bộc lộ lỗ thông xoang bướm. Nếu chưa quan sát được lỗ thông xoang bướm có thể cắt một phần bờ tự do cuốn trên.
- Mở rộng lỗ thông xoang bướm và mặt trước xoang bướm.

*6.2.2. Mở xoang bướm qua xoang sàng*

- Mở rộng hết xoang sàng trước và sau theo quy trình phẫu thuật nôi soi mở xoang sàng, xác định cuốn trên và mảnh nền cuốn trên.
- Cắt phần dưới cuốn trên, xác định lỗ thông xoang bướm.
- Xác định hình hộp chữ nhật với các cạnh phía trong là cuốn trên, phía dưới mảnh nền cuốn trên, phía trên là nền sọ, phía ngoài là ổ mắt. Mở vào mặt trước xoang bướm tại vị trí góc dưới trong của hình.
- Mở rộng lỗ thông xoang bướm và mặt trước xoang bướm.

### 6.3. Bước 3:Lấy bệnh tích xoang bướm

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương động mạch cảnh trong: chèn vật liệu cầm máu và phối hợp với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh can thiệp nút mạch. Đây là tai biến nặng có nguy cơ tử vong cao.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: xử trí phối hợp với chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander G. Chiu and Jeremy Reed. Sphenoidotomy (2019). *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p59-65.
2. Barry M Schaitkin (2018). Sphenoid sinus. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*,third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, p160-167.

# 21. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM ĐƯỜNG NGOÀI (CALDWELL-LUC)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwell-Luc) là phẫu thuật mở mặt trước của xoang hàm qua hố nanh kết hợp mở khe dưới để dẫn lưu xoang hàm theo trọng lực.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang mạn tính tái phát, viêm xoang hàm ở những người bệnh thiểu sản, bất sản xoang hàm.
- U ác tính hoặc u lành tính của xoang hàm mà phẫu thuật nội soi không kiểm soát được hết.
- Lấy dị vật trong xoang hàm.
- Cắt dây thần kinh Vidian.
- Là đường vào để thắt động mạch hàm trong trong các trường hợp chảy máu mũi nặng.
- Phục hồi sàn ổ mắt trong các trường hợp chấn thương vỡ sàn ổ mắt.
- Trong các trường hợp cần phải tiếp cận rộng rãi đến hố chân bướm hàm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao, chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.

- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Đục, khoan và kìm gặm xương.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Chuẩn bị người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: Gây mê.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

- Gây tê vùng: lỗ khẩu cái lớn, lỗ thần kinh dưới ổ mắt.
- Gây tê tại chỗ: niêm mạc tiền đình lợi môi.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ mặt trước xoang hàm**

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

**6.3. Bước 3: Mở xoang**

- Dùng đục/khoan mở vào xoang mặt trước tạo thành 1 lỗ đường kính 1,5 - 2 cm, dưới gần đáy xoang.
- Có thể dùng khoan cắt mở nắp, sau khâu cốt mạc đậy lại.

**6.4. Bước 4: Lấy bệnh tích**

- Quan sát, đánh giá bệnh tích.
- Lấy bệnh phẩm: mủ, niêm mạc, u.
- Lấy hết bệnh tích trong xoang hàm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.5. Bước 5: Mở lỗ thông xoang mũi ở khe dưới

- Mở vách mũi xoang tại vị trí khe dưới kích thước 1x2 cm để dẫn lưu và rút các vật liệu cầm máu.

### 6.6. Bước 6: Cầm máu - đóng xoang

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

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Vỡ thành dưới ổ mắt, rách bao ổ mắt, tụt nhãn cầu xuống xoang. Xử trí:

+ Nhét bấc, chèn vật liệu cầm máu tự tiêu để cố định.
+ Cho kháng sinh chống nhiễm trùng vùng mắt.
+ Nếu có nhìn đôi, giảm thị lực: phối hợp nhãn khoa.

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

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thông xoang - miệng do vết rạch niêm mạc lợi không liền. Lỗ thông xoang – miệng này có thể đóng lại một cách tự nhiên theo thời gian hoặc có thể cần phẫu thuật thêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eibling, D. E., & Myers, E. N. (2018). Anterior antrostomy: the Caldwell-Luc operation. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery* , third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p694-699.
2. Matheny, K. E., & Duncavage, J. A. (2003). Contemporary indications for the Caldwell-Luc procedure. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 11(1), p23-26.
3. Datta, R. K., Viswanatha, B., & Shree Harsha, M. (2016). Caldwell Luc surgery: revisited. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 68, p90-93.

# 22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi lấy đi các khối polyp xuất phát từ niêm mạc mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khối polyp gây ngạt mũi.
- Khối polyp gây rối loạn chức năng thông khí vòi nhĩ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30độ.

### 6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch và tiêm tê

- Đặt bấc co mạch để làm thông mũi.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

### 6.2. Bước 2: Lấy khối polyp mũi

- Dùng máy cắt hút hoặc panh lấy khối polyp từ trước ra sau, lấy hết khối polyp trong hốc mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.3. Bước 3: Làm sạch hốc mổ và cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Cắt polyp mũi. *Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, p177-178.
2. Kilty S, Thavorn K, Janjua A, et al. Endoscopic polypectomy performed in clinic for chronic rhinosinusitis with nasal polyps: study protocol for the EPIC multicentre randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2020;10(12):e042413.

# 23. PHẪU THUẬT CẮT POLYP MŨI BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy đi các khối polyp xuất phát từ niêm mạc mũi sử dụng hệ thống laser với ưu điểm là đốt, cắt cùng lúc, giảm chảy máu trong và sau mổ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khối polyp gây ngạt mũi.
- Khối polyp gây rối loạn chức năng thông khí vòi nhĩ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc co mạch để làm thông mũi.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Lấy khối polyp mũi**

- Dùng Laser lấy khối polyp từ trước ra sau, lấy hết khối polyp trong hốc mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Bơm rửa và cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật**

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Cắt polyp mũi. *Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 177-178.

2. Tanase MI, Bulmaci M, Stan C, et al. Laser nasal surgery (Review). *Exp Ther Med*. 2023;25(3):108.

3. Kilty S, Thavorn K, Janjua A, et al. Endoscopic polypectomy performed in clinic for chronic rhinosinusitis with nasal polyps: study protocol for the EPIC multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020;10(12):e042413.

# 24. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U LÀNH TÍNH HỐC MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi để lấy bỏ các khối u lành tính trong hốc mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính khu trú ở trong hốc mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Máy cắt hút liên tục.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch**

**6.2. Bước 2: Xác định vị trí chân bám khối u**

- Dùng bay thăm dò xác định vị trí chân bám khối u trong hốc mũi. Nếu khối u lớn không quan sát được chân bám có thể lấy 1 phần khối u hoặc dùng dao điện lưỡng cực đốt và thu nhỏ kích thước của khối u để xác định vị trí chân bám khối u.

**6.3. Bước 3:Tiêm tê tại chỗ quanh vị trí chân bám khối u**

- Tiêm tê tại chỗ quanh vị trí chân bám khối u, có thể tiêm tê tại vùng lỗ bướm khẩu cái và tại lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.4. Bước 4: Lấy hết khối u và chân bám khối u trong hốc mũi**

- Lấy hết khối u và chân bám khối u trong hốc mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.
- Rò dịch não tủy: xử trí vá nền sọ theo quy trình riêng.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: xử trí điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với hút rửa hốc mổ.

- Hoại tử niêm mạc nếu diện đốt quá rộng và sâu: xử trí cắt lọc phần hoại tử.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- Thủng vách ngăn: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael J. Sillers, Yvonne Chan (2008). Chapter 19: Revision Endoscopic Surgery for Benign Sinonasal Tumors. *Revision Sinus Surgery*, Springer, Berlin, p159-166.

# 25. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ CÁC XOANG SÀNG, HÀM, TRÁN, BƯỚM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở hệ thống các xoang sàng hàm trán bướm để lấy bệnh tích và dẫn lưu các xoang.

- 2. CHỈ ĐỊNH
- Viêm mũi xoang mạn tính có hoặc không có polyp, bệnh tích lan tỏa các xoang.
- Viêm mũi xoang có biến chứng mắt, biến chứng nội sọ, thần kinh.
- Viêm mũi xoang tái phát không hoặc kém đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Khối u lành tính và ác tính lan vào nhiều xoang.
- Kết hợp với một số phẫu thuật khác.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Chuẩn bị hốc mổ**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Dùng dụng cụ lấy bớt khối u hoặc polyp ở hốc mũi.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở xoang hàm**

- Xác định mỏm móc và lỗ thông xoang hàm bằng que thăm dò đầu tù.
- Lấy mỏm móc theo kỹ thuật từ sau ra trước hoặc ngược lại.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm: theo các tuýp I, II, III tùy theo bệnh tích.

**6.3. Bước 3: Mở xoang sàng trước**

- Mở bóng sàng từ sau ra trước, lấy bỏ mặt trước bóng sàng.
- Mở các tế bào sàng trước đến giới hạn phía sau là mảnh nền cuốn giữa, phía trên là nền sọ, phía trong là cuốn giữa và phía ngoài là xương giấy.

**6.4. Bước 4: Mở xoang sàng sau**

- Mở qua mảnh nền để vào sàng sau, sau đó mở rộng các tế bào sàng sau giới hạn theo ba bình diện, bên trên là nền sọ, bên ngoài là thành trong ổ mắt và phía sau là mặt trước xoang bướm.

**6.5. Bước 5: Mở xoang bướm**

- Xác định lỗ thông xoang bướm: lỗ thông xoang nằm ở mặt trước xoang bướm, phía trong cuốn trên.
- Mở rộng lỗ thông xoang bướm lấy bệnh tích trong xoang.

**6.6. Bước 6: Mở xoang trán, phân loại theo Draf tùy bệnh tích**

- Draf I: lấy bỏ mỏm móc và bóng sàng.

- Draf IIa: lấy bỏ toàn bộ tế bào ngách trán, mở rộng lỗ thông xoang trán từ xương giấy đến cuốn giữa.
- Draf IIb: Draf IIa + lấy bỏ đáy xoang trán từ xương giấy tới vách ngăn, cắt bỏ phần trước cuốn giữa.
- Draf III: thực hiện phẫu thuật Draf IIb ở cả 2 bên, lấy bỏ phần cao vách ngăn mũi và mài thấp vách liên xoang, thống nhất hai xoang trán.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.7. Bước 7: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu.**

**6.8. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí mở thông ống lệ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander G.Chiu, James N. Palmer, Nithin D.Adappa (2019). Maxillary Antrostomy, Partial and Complete Ethmoidectomy, Sphenoidotomy, Frontal Sinusotomy. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p41-100.

2. Myers, Eugene N., and Carl H. Snyderman (2018). Maxillary sinus, Ethmoid sinus, Sphenoid sinus, Frontal sinus. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*,third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, p82-187.

# 26. PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở vào hệ thống xoang có sử dụng hệ thống định vị giúp xác định vị trí dụng cụ trong quá trình phẫu thuật theo ba bình diện, giúp phẫu thuật an toàn và triệt để hơn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang mạn tính, có hoặc không có polyp mũi.
- Viêm mũi xoang tái phát sau phẫu thuật.
- Viêm mũi xoang có biến chứng mắt, biến chứng nội sọ, thần kinh.
- Viêm mũi xoang có bất thường giải phẫu, hoặc do chấn thương.
- Bệnh tích mũi xoang lan rộng các xoang trán, sàng bướm, bệnh tích sát nền sọ, ổ mắt, thần kinh thị hoặc động mạch cảnh trong.
- Rò dịch não tủy hoặc có khuyết nền sọ.
- Khối u lành và ác tính của mũi xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1**: **Lắp đặt hệ thống định vị**

- Sát khuẩn vùng mặt, lắp đặt hệ thống định vị.
- Cài đặt hệ thống định vị, kiểm tra độ chính xác của hệ thống bằng cách đối chiếu dụng cụ với các mốc giải phẫu cố định.

**6.2. Bước 2: Chuẩn bị hốc mổ**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Dùng dụng cụ lấy bớt khối u hoặc polyp ở hốc mũi.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.3. Bước 3: Mở xoang hàm**

- Xác định mỏm móc và lỗ thông xoang hàm bằng que thăm dò đầu tù.
- Lấy mỏm móc theo kỹ thuật từ sau ra trước hoặc ngược lại.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm: theo các tuýp I, II, III tùy theo bệnh tích.

**6.4. Bước 4: Mở xoang sàng trước**

- Mở bóng sàng từ sau ra trước, lấy bỏ mặt trước bóng sàng.
- Mở các tế bào sàng trước đến giới hạn phía sau là mảnh nền cuốn giữa, phía trên là nền sọ, phía trong là cuốn giữa và phía ngoài là xương giấy.

### 6.5. Bước 5: Mở xoang sàng sau

- Mở qua mảnh nền để vào sàng sau, sau đó mở rộng rãi các tế bào sàng sau giới hạn theo ba bình diện, bên trên là nền sọ, bên ngoài là thành trong ổ mắt và phía sau là mặt trước xoang bướm.

### 6.6. Bước 6: Mở xoang bướm

- Xác định lỗ thông xoang bướm: lỗ thông xoang nằm ở mặt trước xoang bướm, phía trong cuốn trên.
- Mở rộng lỗ thông xoang bướm lấy bệnh tích trong xoang.

### 6.7. Bước 7: Mở xoang trán, phân loại theo Draf tùy bệnh tích

- Draf I: lấy bỏ mỏm móc và bóng sàng.
- Draf IIa: lấy bỏ toàn bộ tế bào ngách trán, mở rộng lỗ thông xoang trán từ xương giấy đến cuốn giữa.
- Draf IIb: Draf IIa + lấy bỏ đáy xoang trán từ xương giấy tới vách ngăn, cắt bỏ phần trước cuốn giữa.
- Draf III: thực hiện phẫu thuật Draf IIb ở cả 2 bên, lấy bỏ phần cao vách ngăn mũi và mài thấp vách liên xoang, thống nhất hai xoang trán.
- Trong quá trình phẫu thuật dùng các dụng cụ có kết nối hệ thống định vị để xác định vị trí các mốc giải phẫu.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.8. Bước 8: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu.

### 6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander G.Chiu, James N. Palmer, Nithin D.Adappa (2019). Maxillary Antrostomy, Partial and Complete Ethmoidectomy, Sphenoidotomy, Frontal Sinusotomy. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p41-100.
2. Myers, Eugene N., and Carl H. Snyderman (2018). Maxillary sinus, Ethmoid sinus, Sphenoid sinus, Frontal sinus. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*,third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, p82-187.

# 27. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY NANG SÀN MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lấy nang sàn mũi được thực hiện bằng đường nội soi nhằm dẫn lưu u nang vào hốc mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang sàn mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Viêm xoang cấp, viêm tủy xương, đang có nhiễm trùng.
- Nang sàn mũi không lồi vào hốc mũi.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Máy cắt hút liên tục hoặc Coblator.
- Bộ dao mổ điện, ống hút đông điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Dùng optic 0 độ quan sát phần lồi vào hốc mũi của khối u.
- Tiêm tê phần nang tiếp xúc với niêm mạc hốc mũi.

**6.2. Bước 2: Lấy nang sàn mũi**

- Dùng kéo hoặc máy cắt hút liên tục hoặc Coblator lấy toàn bộ phần chóp nang cho đến phần thành nang tiếp xúc với niêm mạc hốc mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu (nếu cần).**

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí điều trị kháng sinh và chăm sóc tại chỗ hốc mổ.
- Tê bì vùng lợi và răng. Theo dõi, khám chuyên khoa Răng hàm mặt.

**7.3. Biến chứng muộn**

Sẹo hẹp tiền đình mũi do tổn thương tiền đình mũi: xử trí phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chao WC, Huang CC, Chang PH et al (2009). Management of nasolabial cysts by transnasal endoscopic marsupialization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 135(9), p932-935.
2. Lee JY, Baek BJ, Byun JY et al (2009). Comparison of Conventional Excision via a Sublabial Approach and Transnasal Marsupialization for the Treatment of Nasolabial Cysts: A Prospective Randomized Study. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2(2), p85-89.
3. Rohan Malla Baruah and Shobhashree Baishya (2020). “Surgical Management of Nasolabial Cyst". *Acta Scientific Otolaryngology*, 2(1), p08-11.

# 28. PHẪU THUẬT LẤY NANG SÀN MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy nang sàn mũi là phẫu thuật được thực hiện qua đường rạch rãnh lợi môi để lấy toàn bộ khối u.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang sàn mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Đang có tình trạng nhiễm trùng.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Lưỡi dao.
- Chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Sát khuẩn vùng mổ.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

- Tiêm tê tại chỗ vị trí đường rạch dự kiến.

**6.2. Bước 2**: **Rạch rãnh lợi môi**

- Rạch theo đường rãnh lợi môi trên, ngay dưới hố lê.

**6.3. Bước 3: Bóc tách và lấy toàn bộ nang**

- Bóc tách niêm mạc quanh nang, bộc lộ nang.
- Lấy toàn bộ nang. Trong trường hợp khối nang dính với niêm mạc hốc mũi gây khó khăn khi bóc tách, có thể lấy bỏ 1 phần niêm mạc hốc mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và khâu đóng vết mổ.**

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí điều trị kháng sinh theo kết quả nuôi cấy vi sinh và kháng sinh đồ.
- Sưng nề vùng mặt: xử trí điều trị nội khoa.
- Tụ máu hốc mổ: xử trí mở dẫn lưu máu tụ.
- Rò mũi – tiền đình miệng: xử trí theo dõi hoặc khâu đóng lỗ rò.
- Tê bì vùng lợi và răng.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Rò mũi – tiền đình miệng: xử trí: theo dõi hoặc khâu đóng lỗ rò.
- Tê bì vùng lợi và răng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee DH, Yoon TM, Lee JK et al (2020). Surgical treatment of nasolabial cysts in a single institute. *J Laryngol Oto*l, p1–4.
2. Lee JY, Baek BJ, Byun JY et al (2009). Comparison of Conventional Excision via a Sublabial Approach and Transnasal Marsupialization for the Treatment of Nasolabial Cysts: A Prospective Randomized Study. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2(2),p 85-89.
3. Rohan Malla Baruah and Shobhashree Baishya (2020). “Surgical Management of Nasolabial Cyst". *Acta Scientific Otolaryngology*, 2(1), p08-11.

# 29. PHẪU THUẬT CẮT PHẦN GIỮA XƯƠNG HÀM TRONG UNG THƯ SÀNG HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt phần bỏ thành ngoài hốc mũi và phần trong xương hàm trên được giới hạn phía ngoài bởi thần kinh dưới ổ mắt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư sàng hàm chỉ xâm lấn thành trong xoang hàm T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư sàng hàm giai đoạn T3, T4.
- Ung thư sàng hàm có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tự tiêu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang mở.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ khoan và mũi khoan tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh.

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ phẫu trường**

- Có thể tiếp cận bằng đường mở cạnh mũi hoặc theo đường rãnh lợi môi.
- Màng xương được bóc tách bộc lộ từ thành ngoài hốc mũi, mặt trước xoang hàm đến bờ dưới ổ mắt (bảo tồn bó mạch, thần kinh dưới ổ mắt và túi lệ).

**6.2. Bước 2: Lấy bỏ phần xương**

- Lấy bỏ phần xương: phía trong theo khớp mũi xương hàm trên, phía ngoài theo phương thẳng đứng trong bó mạch thần kinh, phía dưới trên các chân răng và hố lê.
- Lấy bỏ thành ngoài hốc mũi: cắt dọc theo sàn mũi từ hố lê đến thành sau xoang hàm.

**6.3. Bước 3: Lấy bỏ u**

- Lấy bỏ phần trong xương hàm bao gồm toàn bộ khối u.
- Sinh thiết tức thì nếu cần.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4. Kiểm tra cầm máu**

- Bơm rửa hốc mổ.
- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt vật liệu cầm máu: tự tiêu và không tiêu.

**6.5. Bước 5**

- Khâu đóng da và rãnh lợi môi 2 lớp.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

*Nạo vét hạch theo chỉ định (theo quy trình kỹ thuật riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ chảy máu.
- Rò dịch não tủy: bít lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Tắc ống lệ: thông ống lệ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Nhiễm khuẩn: điều trị nội khoa.
- Viêm phù nề vùng mặt: điều trị nội khoa.
- Rò, chảy dịch não tủy: bít lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Biến chứng răng, khẩu cái, rối loạn cảm giác như ê răng.

### 7.3. Di chứng:

- Sẹo vùng mặt.
- Ngạt mũi giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siba P.D, Charles P.M(2015). Lateral Rhinotomy with Medial Maxillectomy.*Color Atlas of Head and Neck Surgery*. Springer, p5- 8.
2. Ehab H., Myers E. (2017). Medial Maxillectomy. *Operative Otolaryngology-Head& Neck Surgery*, third edition, Elservier, 2 , p2394-2412.
3. Lee A.Z, Ricardo L.C (2014). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. Jonas T.J. *Bailey's Head & Neck Surgery Otolaryngology* , fifth edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2, p2044-2062.

# 30. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN PHỐI HỢP MỞ CẠNH MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bán phần trên xương hàm trên bằng nội soi qua mũi kết hợp đường mở cạnh mũi trong ung thư mũi xoang.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư xoang hàm T1,T2, T3 chưa xâm lấn khẩu cái cứng.
- Ung thư hốc mũi và xoang sàng T1, T2, T3 chưa xâm lấn khẩu cái cứng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư xoang hàm T4.
- Ung thư hốc mũi và xoang sàng T4.
- Ung thư xoang hàm, hốc mũi và xoang sàng T3 đã xâm lấn khẩu cái cứng.
- Ung thư xoang hàm, hốc mũi và xoang sàng đã có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, tim mạch, lao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu: vật liệu cầm máu tự tiêu.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Nội soi đánh giá u và tiêm tê**

- Dùng nội soi quan sát đánh giá các cấu trúc giải phẫu và u.
- Tiêm thấm tại chỗ bằng thuốc có chất co mạch (hốc mũi, đường mở cạnh mũi).

**6.2. Bước 2. Bộc lộ phẫu trường nội soi**

Bẻ cuốn dưới, cuốn giữa bộc lộ rộng phẫu trường.

**6.3. Bước 3. Lấy bỏ phần u trong hốc mũi**

Lấy bỏ u trong hốc mũi đến khe giữa bằng dụng cụ cắt hút.

**6.4. Bước 4. Lấy mỏm móc, mở lỗ thông xoang hàm**

- Lấy bỏ mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm.
- Xác định diện cắt phần trong xương hàm trên.
- Đặt bấc cầm máu, chuyển sang mổ đường ngoài phối hợp.

**6.5. Bước 5. Rạch da và bộc lộ xương hàm trên**

- Rạch da theo đường mở cạnh mũi.
- Bóc tách mô mềm bộc lộ toàn bộ xương hàm trên đến hết gò má.

**6.6. Bước 6. Cắt bán phần xương hàm trên:**

- Phía ngoài: cắt xương hàm trên ra ngoài đến xương gò má.
- Phía trong: cắt ngành lên xương hàm trên tại khớp mũi- trán; cắt toàn bộ vách mũi xoang liên tục đường cắt phía dưới.

- Phía trên: cắt ngang theo bờ dưới ổ mắt tương ứng trần xoang hàm sàn ổ mắt.
- Phía dưới: cắt mặt trước xoang hàm ngang mức sàn xoang hàm và sàn mũi, phía ngoài nối với đường cắt ngoài, phía trong cắt phân ly vách mũi xoang ra khỏi sàn mũi.

**6.7. Bước 7. Lấy u**

- Lấy toàn bộ khối u trong xoang hàm, vách mũi xoang.
- Dùng nội soi phối hợp lấy u trong hệ thống xoang sàng, xoang bướm, trán.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.8. Bước 8. Kiểm tra cầm máu**

- Bơm rửa hốc mổ.
- Kiểm tra cầm máu hốc mổ.
- Đặt vật liệu cầm máu tự tiêu và không tiêu.

**6.9. Bước 9. Khâu phục hồi vết mổ**

- Khâu đóng mô mềm bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu da bằng chỉ nylon.

**6.10. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch theo chỉ định (theo quy trình kỹ thuật riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ chảy máu.
- Rò dịch não tủy: bít lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Viêm phù nề vùng mặt: kháng sinh, chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Rò, chảy dịch não tủy: kháng sinh, bít lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Biến chứng răng, khẩu cái, rối loạn cảm giác vùng răng miệng.
- Tắc ống lệ: thông ống lệ.

### 7.3. Di chứng

- Biến dạng thẩm mỹ vùng mặt.
- Ngạt mũi giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schaitkin B.M (2017). The Endoscopic Approach. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 83-91.
2. Zimmer L.A et al (2015). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins, Philadelphia,Vol 2, 2044-2062.
3. Eugene N (2017). Medial Maxillectomy. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 111- 124.
4. Dubey S.P et al (2015). Lateral Rhinotomy with Medial Maxillotomy.*Color Atlas of Head and Neck Surgery*. Springer, 5- 8.

# 31. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN DO UNG THƯ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên dưới nội soi qua mũi trong ung thư mũi xoang.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư mũi xoang khu trú ở thành trong xoang hàm T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư sàng hàm giai đoạn T3, T4.
- Ung thư sàng hàm có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 04 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Dự trù máu (nếu cần)

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Bấc mũi.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Hệ thống phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ khoan xương nội soi: mũi khoan phá, mũi khoan kim cương.

- Clip mạch máu (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Đặt bấc mũi bằng thuốc có thành phần co mạch.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối đầu, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1: Nội soi đánh giá u và tiêm tê**

- Dùng nội soi quan sát đánh giá các cấu trúc giải phẫu và u.
- Tiêm thấm tại chỗ bằng thuốc có thành phần co mạch.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ phẫu trường**

- Bẻ cuốn dưới, cuốn giữa bộc lộ rộng phẫu trường.

**6.3. Bước 3: Lấy bỏ phần u trong hốc mũi**

- Lấy bỏ u trong hốc mũi bằng dụng cụ cắt hút đến khe giữa.

**6.4. Bước 4: Lấy mỏm móc, mở lỗ thông xoang hàm**

- Lấy bỏ mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm đến cửa sổ xương.

**6.5. Bước 5: Xác định diện cắt bán phần xương hàm trên**

- Rạch niêm mạc vách mũi xoang: giới hạn trên từ 0.5cm phía trước ống lệ mũi ra trước xuống dưới, giới hạn phía trước là phía đầu cuốn dưới và đỉnh hố lê, giới hạn dưới là sàn mũi, giới hạn sau đến đuôi cuốn dưới.
- Dùng bay hút bóc tách niêm mạc và cốt mạc bộc lộ mỏm trán xương hàm, đầu xương cuốn mũi, sàn mũi.

**6.6. Bước 6: Cắt bán phần xương hàm trên và lấy u**

- Khoan hoặc đục lấy bỏ thành trong xoang hàm theo đường rạch niêm mạc.
- Lấy toàn bộ u trong xoang hàm.
- Quan sát ống nội soi 70 độ để tránh bỏ sót tổn thương.

- Sinh thiết tức thì (nếu cần).
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.7. Bước 7: Mở rộng và lấy u ở các xoang khác (nếu có):**

- Mở vào sàng trước, sàng sau lấy u.
- Mở vào xoang trán hoặc xoang bướm nếu có tổn thương.

**6.8. Bước 8: Kiểm tra cầm máu**

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu, vật liệu cầm máu tự tiêu.

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.
- Nạo vét hạch theo chỉ định (theo quy trình kỹ thuật riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí theo mức độ chảy máu.
- Dò dịch não tủy: bít lỗ dò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Viêm phù nề vùng mặt: dùng kháng sinh , chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Dò, chảy dịch não tủy: kháng sinh, bít lỗ dò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Tắc ống lệ: thông ống lệ.
- Biến chứng răng, khẩu cái, rối loạn cảm giác như ê răng.

**7.3. Di chứng:**

- Sẹo dính niêm mạc.
- Ngạt mũi giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry M.S, Myers EN (2017). The Endoscopic Approach. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 83-91.

2. Lee A. Zimmer and Ricardo L. Carrau (2015). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins, Vol 2, Philadelphia, 2044-2062.

3. Thulasidas P, Vaidyanathan V (2014). Role of Modified Endoscopic Medial Maxillectomy in Persistent Chronic Maxillary Sinusitis. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 18:159–164.

4. Ference EH, WelchCK(2019). Endoscopic Medial Maxillectomy. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery2nd* ed, Elsevier, 173-182.

# 32. MỞ XOANG HÀM THEO ĐƯỜNG TRƯỚC ỐNG LỆ MŨI LẤY U

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm đường trước ống lệ mũi là phẫu thuật mở vào thành trong xoang hàm tại vị trí trước ống lệ mũi. Phẫu thuật nhằm tiếp cận đến tất cả các thành xoang hàm, đặc biệt là các tổn thương thành trước và thành trước trong, với ưu điểm là bảo tồn cuốn mũi dưới và ống lệ mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp bệnh tích ở thành trước hoặc thành trước trong xoang hàm.
- Tạo đường vào tiếp cận các tổn thương vùng hố dưới thái dương hoặc vùng hố chân bướm hàm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Dao điện lưỡng cực và dao điện lưỡng cực.
- Hệ thống định vị tai mũi họng (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê tại vị trí phần trước cuốn mũi dưới, vách mũi xoang, có thể tiêm tê vùng lỗ bướm khẩu cái và lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2:Mở lỗ thông xoang hàm**

- Lấy mỏm móc từ sau ra trước hoặc từ trước ra sau.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm.

**6.3. Bước 3:Rạch và bộc lộ phần xương đầu cuốn dưới bám vào hố lê**

- Rạch niêm mạc và màng xương vách mũi xoang, đi từ phía trên đến phía dưới của đầu cuốn mũi dưới.
- Bóc tách vạt niêm mạc sát xương, bộc lộ đến khi quan sát được vị trí toàn bộ phần đầu xương cuốn dưới bám vào hố lê.

**6.4. Bước 4**: **Lấy bỏ phần xương đầu cuốn dưới, giải phóng ống lệ mũi**

- Lấy bỏ 2 - 3 mm phần xương đầu cuốn dưới, vị trí ranh giới với hố lê.
- Bộc lộ niêm mạc thành trước xương hàm và ống lệ mũi.
- Giải phóng ống lệ mũi khỏi phần xương, bộc lộ phần xương phía sau ống lệ mũi.
- Lấy bỏ toàn bộ xương cuốn mũi dưới phía sau ống lệ mũi. Lấy phần xương thành trước và thành trước trong xoang hàm để tiếp cận tổn thương.

**6.5. Bước 5: Lấy bệnh tích**

- Dùng optic 70 độ quan sát toàn bộ xoang hàm, lấy bỏ bệnh tích, bảo tồn ống lệ mũi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6: Bơm rửa và cầm máu hốc mổ**

### 6.7. Bước7: Khâu đóng vết mổ, đặt vật liệu cầm máu

- Phủ lại vạt niêm mạc, khâu đóng vết mổ bằng chỉ tự tiêu, chèn vật liệu cầm máu.

### 6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương ống lệ mũi: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt: xử trí giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau phẫu thuật vài tháng.
- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má.
- Vảy mũi, khô mũi: xử trí hút rửa hốc mổ.
- Sập van mũi ngoài gây biến dạng cánh mũi:xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Khô mắt, giảm tiết nước mắt: xử trí giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau phẫu thuật vài tháng.
- Tê bì vùng khẩu cái, lợi, má.
- Sập van mũi ngoài gây biến dạng cánh mũi:xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou B, Han D-M, Cui S-J, Huang Q, Wang C-S. Intranasal endoscopic prelacrimal recess approach to maxillary sinus. *Chin Med J*. 2013;126:p1276–1280.
2. Morrissey DK, Wormald PJ, Psaltis AJ. Prelacrimal approach to the maxillary sinus: Prelacrimal approach to the maxillary sinus. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2016;6(2): p214-218.

# 33. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mũi xoang.
- U vùng vòm mũi họng và cửa mũi sau.
- Phối hợp với các đường phẫu thuật khác tùy theo tổn thương(ví dụ: nội soi, Jacques, Weber-Ferguson).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u giai đoạn muộn không còn chỉ định phẫu thuật.
- Ung thư không biệt hóa, U lympho non-Hodgkin.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ:tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại(ví dụ: vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu, sáp xương).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.
- Bộ khoan tai mũi họng, mũi khoan phá và kim cương.
- Bộ dụng cụ nội soi tai mũi họng khi có phối hợp.
- Bộ dao mổ điện.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ**.**

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Rạch da**

- Vẽ đường rạch da và tiêm thấm bằng thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da từ đầu trong cung mày, dọc theo bên sống mũi xuống dưới, vòng theo chân cánh mũi.

**6.2. Bước 2. Bộc lộ mặt trước xương hàm**

- Cắt và tách niêm mạc mũi rời khỏi vách mũi xoang, xương chính mũi.
- Cắt, bóc tách da và cốt mạc xương bộc lộ mặt trước xương hàm đến bờ dưới ổ mắt, cùng gò má, hố lê, mỏm trán xương hàm trên, xương chính mũi.

**6.3. Bước 3. Khoan lấy bỏ xương hàm trên bộc lộ khối u**

- Khoan cắt xương hàm trên bao gồm: bờ dưới ổ mắt, xương chính mũi, và vách mũi xoang ngang sàn mũi.
- Lấy bỏ vách mũi xoang bao gồm cuốn giữa, cuốn dưới, xương chính mũi cùng bên bộc lộ khối u.

**6.4. Bước 4. Đánh giá và lấy bỏ u**

- Thăm dò, đánh giá khối u.
- Bóc tách và lấy bỏ toàn bộ khốiu.
- Sinh thiết tức thì nếu cần.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5. Kiểm tra các cấu trúc lân cận**

Lấy bỏ các tế bào sàng, mở rộng lỗ thông xoang trán, bướm tránh bít tắc xoang sau phẫu thuật nếu cần (thường kết hợp với nội soi).

### 6.6. Bước 6. Kiểm tra cầm máu

- Bơm rửa hốc mổ.
- Cầm máu hốc mổ.
- Đặt vật liệu cầm máu tự tiêu và không tiêu vào hốc mổ.

### 6.7. Bước 7. Khâu đóng vết mổ

Khâu đóng phục hồi đường rạch da 2 lớp.

### 6.8. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch theo chỉ định (theo quy trình kỹ thuật riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương vào ổ mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Rò dịch não tủy: bít lấp lỗ rò (theo quy trình riêng).

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ chảy máu.
- Nhiễm khuẩn hốc mổ: điều trị kháng sinh (theo kháng sinh đồ nếu có).
- Viêm phù nề vùng mặt: điều trị kháng sinh, chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Tắc ống lệ: thông ống lệ.

### 7.3.Di chứng

- Sẹo vùng mặt.
- Ngạt mũi giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eugene N (2017). Medial Maxillectomy. *Operative Otolaryngology Volume 1*, Chapter 10, p111- 124.
2. Zimmer L.A et al (2015). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery,* Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 2044-2062.
3. Dubey S.P et al (2015). Lateral Rhinotomy with Medial Maxillotomy.*Color Atlas of Head and Neck Surgery*. Springer, 5- 8.

# 34. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ DẪN LƯU/CẮT BỎ U NHÀY XOANG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

U nhầy mũi xoang là tổn thương dạng nang, xuất hiện ở một hoặc nhiều xoang mặt. Hay gặp nhất là u nhầy xoang trán, trán sàng, sau đó là u nhầy xoang hàm, xoang bướm. Phẫu thuật nội soi mở dẫn lưu cắt bỏ u nhầy xoang là một giải pháp hữu hiệu giúp điều trị triệt để u nhầy.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- U nhầy xoang trán.
- U nhầy trán sàng.
- U nhầy xoang hàm.
- U nhầy xoang bướm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Chuẩn bị người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở dẫn lưu u nhầy**

- Mở các xoang tương ứng tùy vị trí u nhầy, nguyên tắc là phải mở rộng u nhầy, đảm bảo dẫn lưu rộng rãi.

+ U nhầy xoang trán: thực hiện phẫu thuật theo quy trình mở ngách trán Draf II. Một số trường hợp có thể phải mở Draf III hoặc phối hợp với đường mở mặt trước xoang trán Jacques nếu ngách trán quá hẹp không đủ để dẫn lưu.

+ U nhầy xoang sàng: mở vào khối u nhầy bằng thìa nạo, thông thường khối u nhầy sẽ đẩy giãn rộng xoang sàng, lấy hết các tế bào sàng nếu còn.

+ U nhầy xoang hàm: mở 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.

+ U nhầy xoang bướm: mở rộng xoang bướm theo quy trình phẫu thuật mở xoang bướm.

- Lấy vỏ nang làm giải phẫu bệnh.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Chảy nước mắt do tổn thương ống lệ mũi hoặc túi lệ: xử trí nong dẫn lưu ống lệ.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raewyn Campell, Ameet Kamat, Ioana Schipor et al (2016). Frontal Orbital Ethmoid Mucoceles. *The Frontal Sinus*, second edition, Springer, Berlin, p190-200.
2. Iseh K. Endoscopic and external surgical approach to paranasal sinus mucocele. *J Surg Tech Case Rep*. 2010;2(1):49.
3. Benjamin Bleire, James N. Palmer, Bradford A. Woodworth (2008). Recurrent Mucoceles. *Revision Sinus Surgery*, Springer, Berlin, p185-192.

# 35. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHÚ MŨI XOANG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

U nhú mũi xoang là loại u thường gặp nhất trong các khối u lành tính của mũi xoang. Mục đích của phẫu thuật nội soi cắt u nhú mũi xoang là lấy bỏ toàn bộ khối u và lấy rộng vùng chân bám khối u.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho hầu hết các khối u nhú khu trú ở hốc mũi và các xoang cạnh mũi chưa lan ra các vùng lân cận như hốc mắt, nội sọ, hố chân bướm hàm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Khối u tại vị trí thành ngoài xoang trán.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Lấy khối u trong hốc mũi**

- Lấy bỏ tối đa khối u trong hốc mũi. Xác định lại các mốc giải phẫu. Nếu thấy chân bám khối u trong hốc mũi thì tiến hành lấy hết khối u và lấy rộng chân bám khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Mở các xoang tương ứng với vị trí của khối u**

- Tùy theo vị trí của khối u mà tiến hành mở các xoang tương ứng để kiểm soát chân bám khối u.
- Nếu chân bám khối u nằm trong xoang hàm thì mở rộng lỗ thông xoang hàm hoặc cắt vách mũi xoang. Nếu khối u ở xoang sàng, tiến hành mở xoang sàng trước, sàng sau. Nếu khối u nằm trong xoang trán thì mở xoang trán (Draf II, Draf III). Nếu khối u nằm trong xoang bướm thì mở rộng xoang bướm và lấy hết khối u tùy theo vị trí khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Lấy bỏ niêm mạc và xương tại vị trí chân bám khối u**

- Dùng khoan kim cương để bào mỏng màng xương tại vị trí chân bám khối u, đặt lại vạt niêm mạc che phủ vị trí khuyết xương (nếu có). Đốt điện vị trí chân bám (nếu cần).

**6.5. Bước 5: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Chảy nước mắt do tắc ống lệ tỵ: xử trí phẫu thuật mở thông ống lệ tỵ.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elisabeth H. Ference and Kevin C. Welch (2019). Chapter 21Endoscopic Medial Maxillectomy.*Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*. Second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p173-182.
2. Perter- John Wormald (2018). Endoscopic Removal of Tumors Involving the Maxillary Sinus, Pterygopalatine Fossa, and lnfratemporal Fossa Endoscopic Sinus surgery. *Anatomy, Three–Dimensional Reconstrucion and Surgical Technique*. Fourth Edition, Thieme, New York, p216-243.
3. John Scianna and James Stankiewicz (2008). Complications in revision sinus surgery: Presentation and Management. *Revision Sinus Surgery*, Spinger, Berlin, p223-234.

# 36. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường mũi để xử trí u lành tính khu trú ở vùng vòm mũi họng. Một số loại u lành tính ở vùng vòm mũi họng là: u xơ mạch, nang Thornwaldt, u nhú, u quái, u bì, u máu, u tuyến nước bọt.

Phẫu thuật cắt u xơ vòm mũi họng đã được viết quy trình riêng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính ở khu trú ở vùng vòm mũi họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang**.**
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch, quan sát khối u và tiêm tê**

- Tiêm tê các điểm: quanh vị trí bám khối u, có thể tiêm tê vùng lỗ bướm khẩu cái, và lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ khối u vùng vòm mũi họng**

- Tùy vị trí và kích thước của khối u tại vòm mũi họng có thể cắt phần sau vách ngăn, phần sau cuốn giữa, cuốn dưới nếu cần.

**6.3. Bước 3: Cắt u**

- Bóc tách và lấy toàn bộ khối u vùng vòm mũi họng.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu.**

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: xử trí điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với hút rửa hốc mổ.
- Hoại tử niêm mạc vùng vòm mũi họng do diện đốt rộng.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính niêm mạc: xử trí tùy theo mức độ.
- Tắc vòi nhĩ: xử trí phẫu thuật nong vòi nhĩ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luke Tan, Thomas Loh (2010). Benign and Malignant Tumors of the Nasopharynx. *Cummings Otolaryngology head and neck surgery*, fifth edition, Mosby, Missouri, 1, p1348- 1357.
2. Dharmbir S. Sethi and Hin Ngan Tay (2012). The Nasopharynx.*Rhinology Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull base*, Thieme, NewYork, p570-590.

# 37. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT VÁCH MŨI XOANG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi lấy bỏ vách xương giữa xoang hàm và hốc mũi, có thể bảo tồn ống lệ mũi hoặc không. Phẫu thuật giúp lấy bệnh tích vách mũi xoang và xoang hàm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u trong xoang hàm không kiểm soát được bằng phẫu thuật nội soi mở xoang hàm.
- Viêm lan rộng không kiểm soát được bệnh tích xoang hàm trong các bệnh: viêm xoang dị ứng nấm, viêm xoang khó trị, bệnh lông chuyển, dị vật.
- Phối hợp với phẫu thuật hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, nền sọ trước.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở lỗ thông xoang hàm**

- Lấy bớt khối u hoặc polyp ở khe giữa.
- Mở mỏm móc và mở rộng lỗ thông xoang hàm.

**6.3. Bước 3: Cắt cuốn dưới bán phần hoặc toàn bộ**

**6.4. Bước 4: Tạo vạt niêm mạc vách mũi - sàn mũi**

- Vạt có chiều dài trước sau bằng với hốc mổ, chiều rộng tạo bởi hai đường cắt dọc niêm mạc vách mũi xoang chạy song song và sát chân bám cuốn dưới.

**6.5. Bước 5: Cắt vách mũi xoang và mở xoang hàm rộng rãi**

- Dùng đục hoặc khoan lấy thành trong xoang hàm, phía trước đến thành trước xoang hàm, phía sau đến thành sau xoang hàm, phía dưới xuống thấp ngang mức với sàn mũi.

**6.6. Bước 6: Lấy hết bệnh tích trong xoang hàm**

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.7. Bước 7: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ**

**6.8. Bước 8: Phủ lại vạt niêm mạc sàn mũi và đặt vật liệu cầm máu**

- Phủ lại vạt niêm mạc sàn mũi để vạt niêm mạc bao phủ lên phần xương vách mũi xoang đã hạ thấp. Đặt vật liệu cầm máu.

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tê vùng mặt do tổn thương thần kinh dưới ổ mắt, tê môi và răng cửa do tổn thương thần kinh huyệt răng trên.
- Tạo vảy hốc mũi kéo dài thường do vạt niêm mạc không phủ kín xương.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Tê vùng mặt do tổn thương thần kinh dưới ổ mắt, tê môi và răng cửa do tổn thương thần kinh huyệt răng trên.
- Chảy nước mắt và viêm tắc ống lệ. Xử trí: cần mở thông ống lệ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradford A. Woodworth and Jessica Grayson (2019). Modified Medial Maxillectomy for Recalcitrant Maxillary Sinusitis. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p123-132.
2. Cunningham, K., & Welch, K. C. (2010). Endoscopic medial maxillectomy. *Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 21(2), p111-116.

# 38. PHẪU THUẬT CẮT U XƠ MẠCH VÒM HỌNG THEO ĐƯỜNG NGOÀI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u xơ mạch vòm mũi họng qua đường ngoài.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U xơ mạch vòm mũi họng lan sang bên vào hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, xoang hang, màng não, ổ mắt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: đang viêm mũi xoang cấp, thiếu máu nặng, hoặc các bệnh lý toàn thân khác).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù chế phẩm máu phù hợp (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc, chỉ khâu các loại.
- Vật liệu cầm máu không tiêu và tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xoang.
- Bộ nội soi tai mũi họng nếu cần (để phối hợp nếu u lan rộng).
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống dao hàn mạch nếu có.
- Bộ máy dao siêu âm nếu có.
- Hệ thống khoan và mũi khoan xương.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Tiêm thuốc tê thấm có thành phần co mạch đường rạch da.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

Rạch da vị trí đường mở cạnh mũi mở rộng.

**6.2. Bước 2: Khoan xương và tiếp cận khối u**

- Cắt xương hàm dọc theo bờ dưới ổ mắt, ở phía trong thần kinh dưới ổ mắt, cắt mặt trước xoang hàm để nối thông xoang với tiền đình mũi. Cắt ngang mỏm trán xương hàm trên. Cắt thành ngoài hốc mũi từ trước ra sau, tới thành sau xoang hàm. Cắt qua xương lệ ngang mức trần xoang hàm, đường cắt đi ra phía sau và đi xuống sàn mũi ở cuối vách mũi xoang.
- Tách rời và lấy bỏ mảnh cắt.
- Mở xoang sàng đến trần sàng nếu cần thiết.
- Lấy bỏ thành sau xoang hàm, nếu u lan ra hố dưới thái dương, mở rộng rãi xương ra phía ngoài.
- Đông điện/kẹp/thắt động mạch bướm khẩu cái/hàm trong.

**6.3. Bước 3: Bóc tách và lấy u**

- Phẫu tích u phía sau xoang hàm, sử dụng dụng cụ đầu tù, tách u khỏi các mô mềm dính xung quanh, kết hợp với đông điện lưỡng cực.
- Phẫu tích u khỏi các cấu trúc dính xung quanh như vách ngăn, mở xoang bướm, nền sọ, các thành của họng mũi, có thể sử dụng nội soi hỗ trợ.
- Lấy bỏ khối u.
- Lấy bệnh phẩm vào lọ có chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4: Kiểm tra cầm máu

- Cầm máu hốc mổ.
- Đặt vật liệu cầm máu.
- Truyền máu nếu cần.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**Lưu ý:** Với những khối u xơ mạch vòm mũi họng lớn cần can thiệp tắc mạch nuôi u trước mổ và trong mổ cần phải dự trù máu.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo tổn thương.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Rò dịch não tủy: phẫu thuật bít lấp lỗ rò.
- Chảy máu nội sọ, tụ máu não, tràn máu não thất: hội chẩn chuyên khoa thần kinh.
- Tụt kẹt não, tử vong.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm phù nề vùng mặt: dùng kháng sinh, chống phù nề.
- Rò dịch não tủy: kháng sinh, phẫu thuật bít lấp lỗ rò.
- Viêm màng não: điều trị nội khoa.
- Tụ khí nội sọ: kháng sinh, phẫu thuật bít lấp chỗ khuyết.
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo tổn thương.

### 7.3. Di chứng

- Giảm, mất khứu giác.
- Dính niêm mạc hốc mũi.
- Ngạt mũi giả
- Rối loạn cảm giác vùng mặt, tê bì răng miệng.
- Biến dạng thẩm mỹ vùng mặt, sẹo dính, hẹp tiền đình mũi: phẫu thuật tạo hình lại nếu có chỉ định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Snyderman CH, Myers EN et al (2017). Juvenile Angiofibroma.. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 820-825.

2. Rogers D, Hartnick C, Fagan J (2021) Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma Surgery. *Open Acess Atlas of Otolaryngology, Head and Neck Surgery*. Univesity of Cape Town, Chap 4, p1290 – 1314.

3. Hao SP, Myers EN (2017) Chapter 43 Maxillary Swing/ Transplatatal/Midface Degloving with Le Fort I Osteotomy Approach for Nasopharyngeal. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Volume 2, 3rd edition, Elsevier Health Sciences, p444-457.

# 39. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U XƠ MẠCH VÒM MŨI HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

U xơ mạch vòm mũi họng giai đoạn I, II, III.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Dự trù chế phẩm máu phù hợp (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, gạc.
- Vật liệu cầm máu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống cắt - hút nội soi.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương**

- Đặt thuốc co mạch hốc mũi.
- Nội soi quan sát, thăm dò khối u.
- Tiêm tê tại chỗ vị trí mỏm móc, vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khẩu cái.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ khối u**

- Cắt cuốn giữa, cắt cuốn dưới nếu cần.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm, có thể mở xoang sàng, xoang bướm nếu cần.
- Bộc lộ lỗ chân bướm khẩu cái.

**6.3. Bước 3: Lấy bỏ khối u**

- Dùng dao điện lưỡng cực đốt điện quanh diện chân bám u.
- Bóc tách diện bám u ra khỏi vùng chân bướm, cửa mũi sau, xoang bướm.
- Tùy theo vị trí khối u có thể mở xoang bướm, cắt phần giữa xương hàm, bộc lộ hố chân bướm hàm, vá nền sọ (theo quy trình riêng).
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Kiểm tra cầm máu và đặt vật liệu cầm máu**

- Cầm máu hốc mổ.
- Đặt vật liệu cầm máu.
- Truyền máu nếu cần.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**Lưu ý:** Với những khối u xơ mạch vòm mũi họng lớn cần can thiệp tắc mạch nuôi u trước mổ và trong mổ cần phải dự trù máu.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo tổn thương.
- Tổn thương thần kinh V2, V3.
- Rò dịch não tủy: phẫu thuật bít lấp lỗ rò.
- Chảy máu nội sọ: hội chẩn chuyên khoa thần kinh.
- Tụt kẹt não, tử vong.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: phẫu thuật bít lấp lỗ rò.
- Viêm màng não: điều trị nội khoa.
- Tụ khí nội sọ: kháng sinh, phẫu thuật bít lấp chỗ khuyết.
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo tổn thương.

### 7.3. Di chứng

- Giảm, mất khứu giác.
- Dính niêm mạc hốc mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Snyderman CH, Myers EN et al (2017). Juvenile Angiofibroma.. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 820-825.
2. Bộ Y tế (2012). Phẫu thuật nội soi cắt u xơ mạch vòm mũi họng. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng*, Nhà xuất bản y học, 210-214.
3. Wormald PJ (2017). Endoscopic Removal of Tumors Involving the Maxillary Sinus, Pterygopalatine Fossa, and infratemporal Fossa. *Endoscopic Sinus Surgery: Anatomy, Three-Dimensional Reconstruction, and Surgical Technique*, 4th ed, Thieme, 216-243.
4. Edward C.K et al (2018). Pterygopalatine/Pterygomaxillary Space Approaches, Maxillary Artery Ligation, and Approach to Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Alexander G.Chiu.*Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, 2nd ed, Elsevier, 195-210.

# 40. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi trước tái phát hoặc điều trị nội khoa không có hiệu quả.
- Chảy máu mũi sau.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp chảy máu sau chấn thương hoặc cần chụp mạch và can thiệp nút mạch nếu có chỉ định.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu nếu cần.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, khẩu trang, găng tay.
- Bấc mũi, bông, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ nội soi cầm máu mũi.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.
- Ống đông hút đơn cực.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**6.1. Bước 1**

- Tiêm mê hoặc gây tê tại chỗ bằng Lidocain 10%.
- Rút vật liệu cầm máu trong mũi, nếu có. Đặt bấc tẩm thuốc tê và co mạch.

**6.2. Bước 2**

- Dùng ống nội soi $0^o$kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên đối diện.
- Đánh giá tình trạng niêm mạc, cuốn mũi, khe và sàn mũi, tìm điểm chảy máu.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc bằng ống hút đông điện.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra lại hốc mũi.
- Đặt vật liệu cầm máu nếu cần.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Choáng, ngất.
- Suy hô hấp do máu sặc vào đường hô hấp.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu lại: nội soi cầm máu lại.
- Nhiễm trùng mũi xoang: điều trị tùy mức độ.
- Hoại tử xương, tạo vảy do đốt diện rộng và sâu: lấy vảy và chăm sóc tại chỗ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính cuốn mũi vách ngăn: tách dính nếu có chỉ định.
- Thủng vách ngăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai mũi họng. Nhà xuất bản Y học; 2012. 138-140.
2. Corry J Kucik, Timothy Clenney, (2005) 'Management of epistaxis ', American Family Physician, Jan 15, vol 71, 2, 305-310.
3. David E.Tunkel, Samantha Anne. (2020) 'Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis)'. Otolaryngology– Head and Neck Surgery, Vol. 162(1S) S1–S38.

# 41. PHẪU THUẬT CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở lại hốc mổ kiểm tra, tìm và xử trí chảy máu hốc mổ sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ có chảy máu vết mổ sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Nên phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản để kiểm soát tốt đường thở.
- Hồi sức chống choáng khi phát hiện chảy máu hốc mổ.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu
- Kẹp mạch cầm máu (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.
- Kính hiển vi.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 02 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh kê vai, ngửa cổ, cố định đầu.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.

**6.1. Bước 1*: Cắt chỉ, mở lại hốc mổ, hút sạch máu đọng***

**6.2. Bước 2: Tìm và xử trí điểm chảy máu**

- Trường hợp tổn thương các mạch máu nhỏ: kẹp mạch đang chảy máu bằng panh cầm máu, khâu cầm máu bằng mũi chữ X hoặc buộc thắt mạch cầm máu hoặc kẹp mạch bằng kẹp cầm máu.
- Trường hợp tổn thương các mạch máu lớn: kẹp buộc thắt mạch cầm máu. Trong trường hợp tổn thương rách thành các mạch máu lớn như động mạch cảnh chung, động mạch cảnh trong, tĩnh mạch cảnh chung, kẹp trên và dưới tổn thương, khâu nối trực tiếp hoặc ghép đoạn/vá mạch bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều/mạch nhân tạo tùy theo mức độ rộng của tổn thương.

**6.3. Bước 3: Bơm rửa, kiểm tra lại hốc mổ**

**6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu, khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu**

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Sốc giảm thể tích: bù dịch/máu, hồi sức chống choáng.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Nhiễm trùng vết mổ: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Tắc mạch sau mổ: hội chẩn với bác sĩ gây mê hồi sức, sử dụng thuốc chống đông hợp lý. Hội chẩn với bác sĩ ngoại tim mạch - lồng ngực mổ lại phục hồi lưu thông mạch nếu người bệnh không có hôn mê sâu.

- Phù não và tăng áp lực nội sọ sau mổ: trong trường hợp tri giác xấu đi, có hội chứng tăng áp lực nội sọ rõ cần phối hợp với chuyên khoa Phẫu thuật thần kinh để giảm áp lực nội sọ.
- Rối loạn đông máu: hội chẩn với bác sĩ Gây mê hồi sức, điều chỉnh thuốc chống đông.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực, 8-11.
2. Frederick C. R, David W. E (2010), Complication of neck surgery, Paul W.F, MD,Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery,5th Edition, Volume 1, Chapter 122, 1726-1733.
3. Steven H, Christopher K (2016), Hemorrhage management and vascular control, Joseph A, MD, Otolaryngology/Head and Neck Combat Casualty Care, CreateSpace Independent Publishing Platform, Chap 13,145 – 157.

# 42. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi nhằm tách phần niêm mạc dính trong hốc mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dính niêm mạc hốc mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao (nếu cần).
- Miếng silicon (nếu cần).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê tại chỗ dính niêm mạc hốc mũi.

**6.2. Bước 2: Tách dính niêm mạc hốc mũi**

- Dùng dụng cụ cắt phần niêm mạc dính.
- Cầm máu (nếu cần).

**6.3. Bước 3: Đặt vật liệu cầm máu và chống dính**

- Đặt vật liệu để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang: xử trí hút rửa tại chỗ và điều trị kháng sinh toàn thân.
- Hoại tử niêm mạc hốc mũi nếu diện đốt quá rộng và sâu: xử trí: cắt lọc phần hoại tử.

**7.3. Biến chứng muộn**

Dính niêm mạc mũi xoang tái phát, lan rộng: xử trí: phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Pais Clemente, Howard L. Levine (2004). 15b Nd:YAG Laser and the Treatment of Nasal and Sinus Pathology. *Sinus Surgery Endoscopic And Microscopic Approaches*, p245-255.
2. Watelet, J. B., Bachert, C., Gevaert, P., & Van Cauwenberge, P. (2002). Wound healing of the nasal and paranasal mucosa: a review. *American journal of rhinology*, 16(2), p77-84.

# 43. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi nhằm tách phần niêm mạc dính trong hốc mũi bằng hệ thống laser.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dính niêm mạc hốc mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Ống hút đông điện đơn cực (nếu cần).
- Hệ thống laser.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê
- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt co mạch và tiêm tê**

Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê tại chỗ dính niêm mạc hốc mũi.

**6.2. Bước 2: Tách dính niêm mạc hốc mũi**

- Dùng laser cắt phần niêm mạc dính.
- Cầm máu (nếu cần).

**6.3. Bước 3: Đặt vật liệu cầm máu và chống dính**

Đặt vật liệu để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang: xử trí hút rửa tại chỗ và điều trị kháng sinh toàn thân.
- Hoại tử niêm mạc nếu diện đốt quá rộng và sâu: xử trí cắt lọc phần hoại tử.

**7.3. Biến chứng muộn**

Dính niêm mạc mũi xoang tái phát, lan rộng: xử trí phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Pais Clemente, Howard L. Levine (2004). 15b Nd:YAG Laser and the Treatment of Nasal and Sinus Pathology. *Sinus Surgery Endoscopic And Microscopic Approaches*, p245-255.

2. Watelet, J. B., Bachert, C., Gevaert, P., & Van Cauwenberge, P. (2002). Wound healing of the nasal and paranasal mucosa: a review. *American journal of rhinology*, 16(2), p77-84.

# 44. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TỊT CỬA MŨI SAU BẨM SINH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhằm tạo đường lưu thông không khí qua cửa mũi sau.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tịt cửa mũi sau bẩm sinh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Có bệnh nội ngoại khoa nặng chưa ổn định.
- Trẻ có dị tật khác vùng hốc mũi: ví dụ sa não, màng não vào hốc mũi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Ống nong cửa mũi sau.
- Kim chỉ khâu.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-$30^0$.

**6.1. Bước 1**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê tại chỗ.
- Nội soi kiểm tra đánh giá mức độ tịt cửa mũi sau.

**6.2. Bước 2**

- Lấy bỏ phần tịt cửa mũi sau:
- Trường hợp tịt bởi phần màng: tạo lỗ thủng phần màng và lấy bỏ phần màng cửa mũi sau dưới nội soi.
- Trường hợp tịt bởi sụn, xương: dùng khoan/đục mở rộng phần xương và sụn ở cửa mũi sau, kích thước mở rộng lỗ tịt tùy thuộc theo tuổi.
- Một số trường hợp nguy cơ tái phát cao hoặc tái phát nên áp dụng kỹ thuật tạo vạt.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra lại sau khi lấy bỏ phần tịt cửa mũi sau.
- Cầm máu hốc mổ.
- Đặt, cố định ống nong qua cửa mũi sau. Trường hợp áp dụng kỹ thuật tạo vạt có thể không cần đặt ống nong.

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương nền sọ: xử trí vá nền sọ nếu cần.
- Tổn thương vách ngăn, cuốn mũi, cánh mũi, sàn mũi.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn mũi xoang: điều trị nội khoa.
- Tắc, tuột, rơi ống nong.

### 7.3. Di chứng muộn

- Tịt cửa mũi sau tái phát.
- Dính cuốn mũi vào vách ngăn.
- Di chứng liên quan với tổn thương nền sọ, thủng vách ngăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ravindhra G. E. (2021). Congenital and Acquired Malformations of the Nose and Nasopharynx. Paul W. F. et al. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 7th edition, Elsevier, 3629 - 3643.
2. Amanda L. S. and Scott M. (2017). Choanal Atresia/Pyriform Aperture Stenosis. Eugens N. M. et al. *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, 1531 - 1539.
3. Paul W. (2016). Choanal Atresia and Anterior Nasal Stenosis.William P. et al. *Surgical Pediatric Otolaryngology*, second edition, Thieme, New York, 193 - 210.

# 45. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn giữa bao gồm: chỉnh hình bán phần cuốn, chỉnh hình xoang hơi cuốn, được thực hiện trong những trường hợp mà dị hình cuốn gây ra sự bít tắc hốc mũi hoặc bít tắc đường dẫn lưu khe giữa.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Xoang hơi cuốn giữa gây ra: ngạt mũi, đau đầu, bít tắc đường dẫn lưu xoang.
- Cuốn giữa quá phát, đảo chiều, thoái hóa polyp gây bít tắc đường dẫn lưu xoang.
- Phẫu thuật cuốn giữa để lấy đường vào cho các phẫu thuật vào xoang, nền sọ, để tránh dính cuốn với vách mũi xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Viêm xoang cấp, viêm tủy xương.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: Gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Gây tê: chân bám cuốn giữa.

**6.2. Bước 2: Chỉnh hình cuốn giữa**

*6.2.1. Cắt xoang hơi cuốn giữa:*

- Dùng dao hình liềm rạch đường thẳng đứng mặt trước xoang hơi, đảm bảo rằng mũi dao đã vào trong bóng hơi.
- Dùng kéo nội soi, phát triển đường rạch xuống dưới và ra sau, tới mảnh nền cuốn giữa.
- Dùng kéo mở rộng đường rạch bên trên ra phía sau và xuống dưới cho đến khi thành ngoài của bóng rời ra. Dùng đột thẳng lấy bỏ phần ngoài xoang hơi.

*6.2.2. Cắt bán phần cuốn giữa trong phẫu thuật xoang:*

- Sử dụng kéo nội soi cắt phần chân bám phía trên của cuốn giữa, tùy vào yêu cầu phẫu thuật, đường cắt có thể cao sát vị trí bám của cuốn hoặc chỉ ngang với ½ chiều cao cuốn, thực hiện nhẹ nhàng tránh làm rách niêm mạc, tránh tổn thương trần sàng.
- Tiếp tục cắt phần chân bám phía sau bằng đột hoặc kéo cho đến khi cuốn rời ra.
- Cầm máu phần gốc cuốn còn lại.

**6.3. Bước 3: Bơm rửa sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Tổn thương trần sàng, chảy dịch não tủy. Xử trí: Cần phẫu thuật nội soi vá lại tổn thương.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy. Xử trí: tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ. Xử trí: điều trị nội khoa.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính phần còn lại của cuốn giữa vào vách mũi xoang, gây tắc đường dẫn lưu xoang. Xử trí: tách dính.
- U nhầy. Xử trí: phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard Orlandi, Reza Vaezeafshar, and Peter H. Hwang (2019). Middle and Inferior Turbinates. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*. Second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia. p11-18.
2. Myers, E. N., & Snyderman, C. H. (2018). Surgery of the Turbinate. *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery*. Third edition, Elsevier Health Sciences, p647-653.
3. Nurse, L. A., & Duncavage, J. A. (2009). Surgery of the inferior and middle turbinates. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 42(2), p295-309.

# 46. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Chỉnh hình cuốn mũi dưới là thu nhỏ cuốn trong các trường hợp dị hình hoặc quá phát cuốn mũi dưới. Chỉnh hình cuốn mũi dưới có thể theo các cách sau: cắt mô dưới niêm mạc, cắt mô dưới niêm mạc và xương, cắt bán phần cuốn mũi dưới.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Quá phát cuốn mũi gây ngạt tắc mũi thường xuyên, đã điều trị nội khoa không hiệu quả.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Viêm mũi xoang cấp, viêm tủy xương.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tự tiêu.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Dao điện lưỡng cực, đơn cực.
- Máy cắt hút liên tục (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật**

Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

- Đặt thuốc co mạch cuốn mũi.
- Gây tê: dọc theo cuốn dưới.

**6.2. Bước 2: Chỉnh hình cuốn dưới bằng nhiều kỹ thuật khác nhau**

*6.2.1. Cắt mô dưới niêm mạc cuốn dưới*

- Có thể sử dụng nhiều kỹ thuật và phương tiện khác nhau để xử trí mô mềm cuốn mũi dưới như: đốt điện, laser**,** sóng cao tần, dao điện lưỡng cực, dao điện đơn cực kết hợp máy cắt hút.

+ Thì 1: Dùng dao rạch 1 đường ngay đầu cuốn dưới.
+ Thì 2: Tách mô mềm ra khỏi xương cuốn dưới.
+ Thì 3: Dùng Hệ thống cắt - hút nội soi cắt bỏ mô dưới niêm mạc ở 2/3 phía trước của cuốn mũi dưới.
+ Thì 4: Chỉnh sửa mô mềm cho đến khi đạt được mức giảm phù hợp, bảo tồn niêm mạc bên trên.

*6.2.2. Cắt bỏ xương và mô mềm dưới niêm mạc cuốn dưới*

Được chỉ định khi xương phì đại đáng kể.

+ Thì 1: tạo ra 1 túi bóc tách dưới màng xương tương tự mục 6.3.1 (thì 1, thì 3).
+ Thì 2: Loại bỏ một phần xương cuốn dưới. Cắt bỏ 1/2 đến 2/3 phía trước của xương cuốn dưới.
+ Thì 3: Cắt bỏ mô mềm dưới niêm mạc bằng Hệ thống cắt - hút nội soi tương tự mục 6.3.1 (thì 3, thì 4).

*6.2.3. Cắt bán phần cuốn dưới (cả niêm mạc, mô dưới niêm mạc và xương)*

+ Thì 2: Dùng bay đặt vào khe dưới bẻ cuốn dưới theo hướng vào trong và lên trên.
+ Thì 3: Dùng kẹp thẳng kẹp bán phần cuốn dọc từ trước ra sau, song song với chân bám cuốn vào vách mũi xoang.
+ Thì 4: Tháo kẹp, dùng kéo nội soi cắt bán phần cuốn, dọc theo đường vừa kẹp cuốn.

### 6.3. Bước 3: Làm sạch hốc mổ, cầm máu và đặt vật liệu cầm máu

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Hội chứng mũi rỗng, viêm mũi teo: do việc cắt cuốn dưới quá mức. Xử trí: sử dụng các mô tự thân (ví dụ như sụn bình tai, sụn sườn) hoặc các vật liệu nhân tạo để cấy vào khoang mũi, thu hẹp thể tích hốc mũi.
- Ngạt trở lại: có thể do chưa lấy đủ phần mô quá phát (xương, tổ chức dưới niêm mạc). Xử trí: cân nhắc phẫu thuật lại.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Ngạt trở lại. Xử trí: cân nhắc phẫu thuật lại.
- Hội chứng mũi rỗng, viêm mũi teo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard Orlandi, Reza Vaezeafshar, Peter H.Hwang (2019). Middle and Inferior Turbinates. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p20-28.
2. Neal C. Gehani and Steven M. Houser (2014). Septoplasty, turbinate reduction, and correction of nasal obstruction. *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology,* fifth edition, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, p612-622.
3. Abdullah, B., & Singh, S. (2021). Surgical Interventions for Inferior Turbinate Hypertrophy: A Comprehensive Review of Current Techniques and Technologies. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3441.

# 47. PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG COBLATOR

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng đầu điện cực tạo 2 đường vào ở đầu cuốn dưới (ở trên và ở dưới) nhằm mục đích thu nhỏ thể tích cuốn dưới bị quá phát.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi dưới quá phát, không đáp ứng với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Trẻ em (<16 tuổi).
- Có khối u ở hốc mũi (ung thư xoang hàm, ung thư vòm).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng (ví dụ: suy thận, xơ gan, đái tháo đường, bệnh về máu).
- Nhiễm trùng cấp.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ dụng cụ và thiết bị sóng cao tần.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện phẫu thuật**: khoảng 1-1,5 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện**: Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao , chân thấp.
- Tiêm thấm tại chỗ bằng thuốc tê và đặt thuốc co mạch.

### 6.1. Bước 1: Thu nhỏ thể tích cuốn bằng sóng cao tần

- Đưa đầu điện cực dọc theo thân cuốn dưới theo chiều từ sau ra trước, với mỗi vạch khấc nên dừng lại để bôi thêm chất dẫn điện.
- Mỗi vạch khấc trên đầu điện cực được đốt khoảng 10s (thường đầu đốt có 6 vạch khấc)

### 6.2. Bước 2: Cầm máu

- Kiểm tra lại hốc mũi 2 bên.
- Đặt vật liệu cầm máu vào hốc mũi để chống dính và cầm máu mũi.

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Tổn thương các cấu trúc khác trong hốc mũi như vách ngăn, cuốn giữa, sàn mũi: xử trí cầm máu diện tổn thương kết hợp đặt vật liệu cầm máu vào các vị trí có nguy cơ dính sau mổ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu diện cắt sau khi rút vật liệu cầm máu: đặt meche cầm máu, tiêm thuốc cầm máu.
- Nhiễm trùng hốc mổ: điều trị kháng sinh.

### 7.3. Di chứng

- Viêm xương cuốn dưới.
- Dính cuốn dưới với vách ngăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson J. T., Clark A. Rosen và CS (2014). *Bailey'*s *Head & Neck Surgery otolaryngology*, 5th Ed Williams & Wilkins II.28, pp: 393- 402.
2. Kevin J. Hulett,James A. Stankiewicz (2010). Primery sinus surgery**.** *Cummings: Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, 5th ed, Mosby, pp: 1025-1037.
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh ,chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học; 2012, 168 – 171.

# 48. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi dưới quá phát, không đáp ứng với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Trẻ em (<16 tuổi).
- Có khối u ở hốc mũi (ung thư xoang hàm, ung thư vòm).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Nhiễm trùng cấp.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện phẫu thuật**: khoảng 1-1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: thực hiện dưới gây mê toàn thân.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao , chân thấp.

**6.1. Bước 1: Gây tê tại chỗ**

- Tiêm thấm tại chỗ bằng thuốc tê và đặt thuốc co mạch.

**6.2. Bước 2: Kẹp cuốn dưới**

- 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.

**6.3. Bước 3: Cắt cuốn dưới**

- Dùng kéo cắt cuốn cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Blakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.

**6.4. Bước 4: Cầm máu**

- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu và vật liệu cầm máu tự tiêu dọc theo đường cắt.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật**

- Chảy máu diện cắt cuốn: xử trí theo mức độ.
- Tổn thương các cấu trúc khác trong hốc mũi như vách ngăn, cuốn giữa, sàn mũi: xử trí cầm máu diện tổn thương kết hợp đặt vật liệu cầm máu vào các vị trí có nguy cơ dính sau mổ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật**

- Chảy máu diện cắt sau khi rút vật liệu cầm máu không tự tiêu: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: điều trị kháng sinh.

### 7.3. Di chứng

- Viêm xương cuốn dưới.
- Dính cuốn dưới với vách ngăn.
- Ngạt "giả" do phần cuốn dưới còn lại ít: đặt vật liệu làm đầy hốc mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson J. T., Clark A. Rosen và CS (2014). *Bailey'*s *Head & Neck Surgery otolaryngology*, 5th Ed Williams & Wilkins II.28, pp: 393- 402.
2. Kevin J. Hulett,James A. Stankiewicz (2010). Primary sinus surgery. *Cummings: Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, 5th ed, Mosby, pp: 1025-1037.

# 49. PHẪU THUẬT BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật qua đường mũi mở để bịt lại lỗ thủng vách ngăn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Lỗ thủng gây triệu chứng thở có tiếng rít, ngạt giả hoặc viêm nhiễm tạo vảy dai dẳng tại bờ lỗ thủng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Một số bệnh lý viêm mũi như Sarcoidosis, u hạt Wegener, ung thư mũi xoang.

## 4. THẬN TRỌNG

- Đang có nhiễm trùng tại mũi xoang.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao, chỉ khâu.
- Mảnh silastic (nếu cần).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.
- Đèn đội trán.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Tiêm tê**

Tiêm tê dưới da tiểu trụ mũi theo đường mổ tạo hình mũi đường ngoài.

**6.2. Bước 2: Rạch da**

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.

**6.3. Bước 3: Bóc tách niêm mạc vách ngăn**

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.

**6.4. Bước 4: Tạo hình vạt niêm mạc**

- Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới.
- Rạch niêm mạc nơi tiếp giáp với bụng cuốn dưới 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.

**6.5. Bước 5: Chèn mảnh cân cơ vào vị trí lỗ thủng**

- 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.

**6.6. Bước 6: Khâu cố định mảnh cân cơ, mảnh sụn và vạt niêm mạc**

- 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.

**6.7. Bước 7**: **Cầm máu hốc mổ, khâu phục hồi niêm mạc tiền đình mũi và da vùng tiểu trụ**

**6.8. Bước 8: Cố định vách ngăn bằng mảnh nhựa ép vách ngăn**

**6.9. Bước 9: Đặt vật liệu cầm máu (nếu cần)**

**6.10. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng, áp xe vách ngăn: xử trí dùng kháng sinh, dẫn lưu áp xe.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Lỗ thủng không liền.
- Dính cuốn vách ngăn: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brian Lee, Thomas J. Willson, Stella E. Lee (2018). Chapter 96 Nasal Septal Perforation. *Operation otolaryngology head and neck surgery*, third Edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p640-646.
2. Nguyễn Thị Xuyên (2012). Phẫu thuật thủng vách ngăn mũi. Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, nhà xuất bản Y học, p196-198.

# 50. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật bịt lỗ thủng vách ngăn mũi qua đường nội soi, thường dùng bằng vạt niêm mạc tại chỗ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Lỗ thủng gây triệu chứng thở có tiếng rít, ngạt giả hoặc viêm nhiễm tạo vảy dai dẳng tại bờ lỗ thủng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Một số bệnh lý viêm mũi như Sarcoidosis, u hạt Wegener, ung thư mũi xoang.

## 4. THẬN TRỌNG

- Đang có nhiễm trùng tại mũi xoang.
- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 4. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Mảnh silastic.
- Lưỡi dao, chỉ khâu.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt co mạch hốc mũi.
- Tiêm tê dưới niêm mạc 2 phía vách ngăn mũi từ trong ra ngoài.

**6.2. Bước 2: Làm mới lỗ thủng vách ngăn**

- Làm sạch vảy quanh lỗ thủng.
- Lấy bỏ viền niêm mạc quanh lỗ thủng.

**6.3. Bước 3:Tạo vạt niêm mạc có cuống phía trước lỗ thủng**

- Rạch niêm mạc tiền đình vách ngăn, bóc niêm mạc vách ngăn 2 bên ra khỏi sụn tứ giác và ra phía sau lỗ thủng khoảng 1cm.
- Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới, rạch niêm mạc sàn mũi tương ứng bụng cuốn dưới từ sau ra trước sao cho vạt đủ để bịt lỗ thủng.

**6.4. Bước 4: Nếu lỗ thủng lớn có thể tạo thêm vạt có cuống phía sau**

- Rạch niêm mạc vách ngăn hình chữ V ngược: bắt đầu từ ngang mức chân bám cuốn giữa, phía trước đi dọc bờ sau lỗ thủng xuống đến sàn mũi, phía sau lùi ra sau vị trí mức đầu cuốn giữa 0.5 - 1cm sao cho đủ rộng để che lỗ thủng.
- Nối 2 đường rạch bằng đường rạch niêm mạc sàn mũi tương ứng khe dưới.

**6.5. Bước 5: Vá lỗ thủng vách ngăn**

- Phủ vạt niêm mạc có cuống 1 hoặc 2 bên lỗ thủng.
- Khâu xuyên niêm mạc vách ngăn 2 bên cố định.

**6.6. Bước 6: Khâu da tiểu trụ, khâu lại niêm mạc tiền đình mũi.**

**6.7. Bước 7: Cố định vách ngăn**

Cố định vách ngăn bằng mảnh silicon hoặc silastic đặt 2 bên hốc mũi và lưu 3 tuần, đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu hốc mũi 2 bên.

**6.8. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng, áp xe vách ngăn: dùng kháng sinh, dẫn lưu áp xe.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Lỗ thủng không liền.
- Dính cuốn vách ngăn. Xử trí: tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brian Lee, Thomas J. Willson, Stella E. Lee (2018). Chapter 96 Nasal Septal Perforation. *Operation otolaryngology head and neck surgery*, third Edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p640-646.

# 51. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ sụn và xương vách ngăn bị vẹo lệch dưới niêm mạc.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lưỡi dao.
- Chỉ khâu (nếu cần).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh vách ngăn.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê vào 2 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.

**6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc vách ngăn**

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

**6.3. Bước 3: Bóc tách niêm mạc**

- 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.

**6.4. Bước 4: Bộc lộ vách ngăn sụn và xương**

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

**6.5. Bước 5: 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).

**6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần xương vách ngăn bị vẹo, lệch**

- Loại bỏ phần xương vách ngăn bị vẹo, lệch, gai, mào vách ngăn.
- Đục bỏ phần chân của vách ngăn nếu phần chân vách ngăn dày hoặc vẹo.

**6.7. Bước 7: Cầm máu hốc mổ, đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi niêm mạc vách ngăn.**

**6.8. Bước 8: Cố định vách ngăn bằng các vật liệu cố định.**

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rách niêm mạc vách ngăn hai bên tại cùng một vị trí: xử trí dùng một mảnh sụn đặt chêm vào giữa chỗ rách rồi ép niêm mạc lại hoặc khâu lại niêm mạc vách ngăn.
- Rò dịch não tủy do tổn thương mảnh sàng: xử trí vá nền sọ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu vách ngăn: xử trí chích rạch tháo khối tụ máu sau đó đặt bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu mũi để chèn vào vùng đó.
- Nhiễm khuẩn hốc mổ:xử trí hút rửa tại chỗ và điều trị kháng sinh toàn thân.
- Rò dịch não tủy do tổn thương mảnh sàng:xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não:xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi: xử trí phẫu thuật chỉnh hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grant S. Gillman, Stella E. Lee (2018). Chapter 95 Septoplasty—Classic and Endoscopic. *Operation otolaryngology head and neck surgery*, third Edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p631-639.
2. Michael Lupa, Marcelo Antunes, Samuel S. Becker et al (2019). Chapter 1 Septoplasty. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*. Second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p3-10.

# 52. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi lấy bỏ sụn và xương vách ngăn bị vẹo lệch dưới niêm mạc.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Khẩu trang, mũ, găng tay.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu mũi.
- Lưỡi dao.
- Chỉ khâu (nếu cần).
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi chỉnh vách ngăn.
- Dao điện đơn cực và dao điện lưỡng cực.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1:** Đặt bấc co mạch và tiêm tê tại chỗ

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê vào 2 bên vách ngăn, dọc theo mào 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.

**6.2. Bước 2:** Rạch niêm mạc vách ngăn

- Tùy từng vị trí mào vách ngăn hay vị trí vẹo vách ngăn. Có thể rạch niêm mạc vách ngăn theo đường dọc trên mào vách ngăn, hoặc đường dọc bờ trước sụn tứ giác.

**6.3. Bước 3**: Bộc lộ phần dị hình vách ngăn

- Bóc tách niêm mạc niêm mạc 2 bên của vách ngăn, bộc lộ phần dị hình vách ngăn.

**6.4. Bước 4:** Lấy bỏ phần vách ngăn bị dị hình (cố gắng bảo tồn sụn tối đa)

**6.5. Bước 5:** Làm sạch hốc mổ và cầm máu hốc mổ

**6.6. Bước 6:** Đặt lại niêm mạc vách ngăn, tránh cuộn mép niêm mạc vào trong

**6.7. Bước 7:** Khâu cố định niêm mạc vách ngăn (nếu cần)

**6.8. Bước 8:** Cố định vách ngăn bằng các vật liệu cố định

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

- Rách niêm mạc vách ngăn hai bên tại cùng một vị trí: xử trí dùng một mảnh sụn đặt chêm vào giữa chỗ rách rồi ép niêm mạc lại hoặc khâu lại niêm mạc vách ngăn.
- Rò dịch não tủy do tổn thương mảnh sàng: xử trí vá nền sọ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tụ máu vách ngăn: xử trí chích rạch tháo khối tụ máu sau đó đặt bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu mũi để chèn vào vùng đó.
- Nhiễm khuẩn hốc mổ: xử trí hút rửa tại chỗ và điều trị kháng sinh toàn thân.
- Rò dịch não tủy do tổn thương mảnh sàng: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi: xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eugene N. Myers (2018). Nasal Septal Perforation. *Operation otolaryngology head and neck surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia,1, p640-646.
2. Alexander G.Chiu, James N. Palmer, Nithin D.Adappa (2019). Septoplasty. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p301-307.

# 53. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU VÀ ĐẶT ỐNG NONG XOANG TRÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật mở xoang trán qua đường mũi và đặt vật liệu nong xoang giúp tăng cường khả năng dẫn lưu xoang trán, hạn chế tái phát.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương vỡ xương làm hẹp tắc đường dẫn lưu xoang trán, u nhầy xoang.
- Tái hẹp lỗ thông xoang sau phẫu thuật gây viêm xoang.
- Lỗ thông xoang mới mở có đường kính nhỏ hơn 5mm.
- Cuốn giữa mất vững có xu hướng dính thành ngoài mũi xoang.
- Xương bị bộc lộ nhiều sau phẫu thuật - phẫu thuật Lothrop cải biên.
- Viêm xoang khó trị (mủ, u hạt, polyp làm bít tắc lỗ thông xoang, xương viêm).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ông nong xoang trán: miếng Silastic 0,01 inch hoặc ống Rains silastic.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.2. Bước 2: Mở mỏm móc, xoang sàng trước**

**6.3. Bước 3: Mở xoang trán**

- Lấy bỏ tế bào đê mũi, tế bào ngách trán nếu có, loại bỏ các nguyên nhân gây viêm tắc như polyp, xương viêm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Đặt ống nong**

- Thông xoang trán từ bên dưới bằng ống hút cong hoặc que thăm dò hoặc dụng cụ thiết kế để đặt ống nong (thường có góc 45 độ).
- Trượt ống nong qua dụng cụ, đi lên qua lỗ thông xoang, cài vào xoang trán.

**6.5. Bước 5: Cắt ống nong**

- Để lại đầu dưới ống ngang với bờ tự do cuốn dưới hoặc ước lượng chiều dài ống tương đương với chiều cao ½ vách ngăn mũi.

**6.6. Bước 6: Đặt stent silastic (nếu cần)**

- Đối với phẫu thuật Lothrop cải biên, đặt stent silastic 0,01 inch (nếu cần).

**6.7. Bước 7: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

### 6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí theo dõi hoặc cần được phẫu thuật giảm áp ổ mắt.
- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với Chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ: xử trí cần mở thông ống lệ.
- Ngạt mũi vảy mũi do stent quá dài: xử trí điều chỉnh lại vị trí stent.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng tái phát: vi khuẩn tạo màng biofilm xung quanh stent.
- Tắc nghẽn lỗ thông do stent gây viêm xoang.
- Tổ chức hạt xung quanh stent.
- Hội chứng sốc nhiễm độc: xảy ra vài tuần sau khi đặt stent do độc tố của tụ cầu vàng.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry T. Malin, MD, MPP, David A. Sherris, MD. (2010). Frontal sinus stenting techniques. *Operative Techniques in Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Elsevier Saunder, Philadelphia, vol 21, p175-180.
2. Khan MA, Alshareef WA, Marglani OA et al (2020). Outcome and Complications of Frontal Sinus Stenting: A Case Presentation and Literature Review. *Case Rep Otolaryngol*. 2020 Aug 25;2020:8885870.

# 54. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XOANG HÀM DO CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo hình lại xoang hàm sau chấn thương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Vỡ nát xoang hàm.
- Chấn thương thành trước xoang hàm di lệch.
- Chấn thương thành trên xoang hàm gây song thị.
- Chấn thương xoang hàm gây di lệch khớp cắn.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu tự tiêu.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tự tiêu.
- Bộ nẹp, vít chuyên dụng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương hàm mặt.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1:** Bộc lộ tổn thương.

Tùy theo từng tổn thương có thể chọn đường rãnh lợi môi, bờ mi dưới,đường cạnh mũi, góc trong ổ mắt, hoặc sử dụng chính vết thương hở.

**6.2. Bước 2:** Lóc màng xương bộc lộ mặt trước xoang hàm.

**6.3. Bước 3:** Lấy mảnh xương vụn mặt trước xoang hàm hoặc khoan mở rộng mặt trước xoang hàm bộc lộ vào lòng xoang.

**6.4. Bước 4:** Nắn chỉnh xương gãy về vị trí giải phẫu.

**6.5. Bước 5:** Mở rộng lỗ thông xoang hàm qua đường nội soi.

**6.6. Bước 6:** Kết hợp xương gãy bằng nẹp vít nhỏ, đặt bóng chèn (hoặc bấc hoặc vật liệu cầm máu) sau đó bơm bóng cố định xương gãy.

**6.7. Bước 7:** Bơm rửa, đặt vật liệu cầm máu.

**6.8. Bước 8:** Khâu đóng hốc mổ (1 hoặc 2 lớp tùy đường rạch).

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc mê: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu mũi: xử trí theo mức độ.

- Phù nề vùng mặt: dùng thuốc chống viêm.
- Đau nhức tê bì mặt: dùng thuốc giảm đau.
- Nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh.
- Rò dịch, mủ sau mổ: kiểm tra lại xem có dị vật hoặc mảnh xương chết để lấy bỏ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai – Mũi – Họng, Nhà xuất bản Y học, 144-146.
2. Eugene N.M & Carl H.S (2009). Fractures of the Upper Facial and Midfacial Skeleton, Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2nd Edition,905-933.
3. Jean.P.M (2009), Chirurgie des traumatismes faciaux, Le Manuel Du Resident Techniques Chirurgicales Tête Et Cou, Edition Tsunami, 160-180.

# 55. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG VÙNG SÀNG HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo hình tổn thương xương vùng sàng hàm về vị trí giải phẫu và cố định bằng các vật liệu chuyên dụng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khi có chấn thương vùng sàng hàm có di lệch với tình trạng toàn thân ổn định, và loại trừ các chấn thương nguy hiểm khác cần xử trí trước.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân chưa ổn định.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Vật liệu cầm máu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương hàm mặt.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**: Bộc lộ tổn thương tháp mũi.

**6.2. Bước 2**: Lấy mảnh xương vụn, dị vật.

**6.3. Bước 3**: Kết hợp đường nội soi, nắn chỉnh xương gãy về vị trí ban đầu.

**6.4. Bước 4**: Cố định bằng nẹp vít.

**6.5. Bước 5**: Đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu mũi hoặc bấc mũi.

**6.6. Bước 6**: Đặt nẹp bột hoặc nẹp silicon cố định tháp mũi.

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Đối với tổn thương ống lệ phối hợp thực hiện quy trình khác.

* Đối với tổn thương chảy dịch não tủy kết hợp thực hiện quy trình khác.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng thuốc mê: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu mũi: xử trí theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo mức độ.
- Viêm màng não: điều trị kháng sinh theo phác đồ.
- Đau nhức vùng mắt: dùng giảm đau.
- Sưng phù nề vùng mắt: thuốc chống phù nề.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng. Nhà xuất bản Y học, 144-146.

2. Eugene N.M & Carl H.S (2009). Fractures of the Upper Facial and Midfacial Skeleton, Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2nd Edition, 905-933.
3. Jean.P.M (2009), Chirurgie des traumatismes faciaux, Le Manuel Du Resident Techniques Chirurgicales Tête Et Cou, Edition Tsunami, 160-180.

# 56. PHẪU THUẬT NÂNG KHỐI MŨI SÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nắn chỉnh đầu xương gãy ở khối mũi sàng về vị trí giải phẫu và cố định bằng các vật liệu chuyên dụng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương khối mũi sàng có di lệch.
- Khi người bệnh không muốn có vết thương hở vùng mặt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Vật liệu cầm máu mũi tự tiêu và không tự tiêu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương hàm mặt.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu.

**6.1 Bước 1**: Đặt bấc mũi tẩm co mạch.

**6.2. Bước 2**: Xác định vị trí xương gãy.

**6.3. Bước 3**: Dùng nội soi đưa bay nâng xương khối mũi sàng về vị trí giải phẫu.

**6.4. Bước 4**: Cầm máu bằng đông điện.

**6.5. Bước 5**: Bơm rửa sạch máu đọng.

**6.6. Bước 6**: Đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu hoặc bấc mũi để cố định vị trí nâng xương.

**6.7. Bước 7**: Đặt nẹp bột hoặc nẹp nhựa cố định tháp mũi.

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Nếu có rách màng não hoặc tổn thương ống lệ kèm theo thực hiện theo quy trình riêng.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc mê: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu mũi: xử trí theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo mức độ.
- Viêm màng não: điều trị kháng sinh theo phác đồ.
- Đau nhức vùng mắt: dùng giảm đau.
- Sưng phù nề vùng mắt: thuốc chống phù nề.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai – Mũi – Họng,Nhà xuất bản Y học, 144-146.
2. Eugene N.M & Carl H.S (2009). Fractures of the Upper Facial and Midfacial Skeleton, Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2nd Edition,905-933.
3. Jean PM (2009), Chirurgie des traumatismes faciaux, Le Manuel Du Resident Techniques Chirurgicales Tête Et Cou, Edition Tsunami, 160-180.

# 57. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG VÙNG KHỐI MŨI SÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo hình tổn thương khối mũi sàng về vị trí giải phẫu và cố định bằng các vật liệu chuyên dụng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khi có chấn thương vùng sàng hàm có di lệch với tình trạng toàn thân ổn định, và loại trừ các chấn thương nguy hiểm khác cần xử trí trước.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu tự tiêu.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tự tiêu.
- Bộ nẹp, vít chuyên dụng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

Vô cảm: gây mê.

Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1**: Bộc lộ tổn thương.

**6.2. Bước 2**: Lấy mảnh xương vụn, dị vật.

**6.3. Bước 3**: Kết hợp đường nội soi, nắn chỉnh khối xương gãy về vị trí ban đầu.

**6.4. Bước 4**: Cố định bằng nẹp vít.

**6.5. Bước 5**: Đặt vật liệu cầm máu không tiêu hoặc bấc mũi. Đặt dẫn lưu xoang nếu cần.

**6.6 Bước 6**: Đặt nẹp bột hoặc nẹp silicon cố định tháp mũi.

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Đối với tổn thương ống lệ phối hợp thực hiện quy trình khác.

* Đối với tổn thương chảy dịch não tủy kết hợp thực hiện quy trình khác.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc mê: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu mũi: xử trí theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo quy trình.
- Viêm màng não: xử trí theo quy trình.
- Đau nhức vùng mặt: dùng giảm đau.
- Sưng phù nề vùng mắt: thuốc chống phù nề.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y Học, 144-146.
2. Eugene N.M, Carl H.S (2009). Fractures of the Upper Facial and Midfacial Skeleton, *Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2nd Edition,905-933.
3. Jean.P.M (2009), Chirurgie des traumatismes faciaux, *Le Manuel Du Resident Techniques Chirurgicales Tête Et Cou*, Edition Tsunami, 160-180.

# 58. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH SỐNG MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật chỉnh sửa lại hình thể bị biến dạng của sống mũi như bị gồ, vẹo hoặc lõm do di chứng chấn thương trước đó, có thể sử dụng vật liệu tự thân (ví dụ: sụn vách ngăn, sụn vành tai, sụn sườn) hoặc vật liệu tổng hợp (ví dụ: silicon).

## 2. CHỈ ĐỊNH

Sống mũi gồ, vẹo và/hoặc lõm sau chấn thương.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi xoang cấp.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, hen phế quản) chưa kiểm soát được.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Vật liệu nhân tạo (ví dụ: silicon) nếu có chỉ định dùng.
- Vật liệu cầm máu (nếu cần).
- Nẹp sống mũi (nếu cần).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình đầu mặt cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng…
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối đầu tròn.

**6.1. Bước 1**

- Đường rạch: mũi kín (rạch niêm mạc) hoặc mũi mở (rạch qua da tiểu trụ).

**6.2. Bước 2**

- Bóc tách theo bình diện dưới màng xương tiếp cận xương chính mũi và tạo túi dưới màng xương.

**6.3. Bước 3**

- Đục hoặc mài chỉnh lại sống mũi nếu sống mũi gồ hoặc lệch vẹo.

**6.4. Bước 4**

- Nếu sống mũi lõm thì sử dụng vật liệu nhân tạo hoặc vật liệu tự thân (ví dụ: sụn vách ngăn, sụn vành tai, sụn sườn).
- Trong trường hợp sử dụng vật liệu nhân tạo có thể bọc chóp mũi bằng cân cơ hoặc sụn.

**6.5. Bước 5**

- Khâu phục hồi lại đường rạch, đặt vật liệu cầm máu (nếu cần) và đặt nẹp sống mũi.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Lấy vật liệu ghép tự thân nếu cần (ví dụ: sụn vách ngăn và/hoặc sụn vành tai hoặc sụn sườn): theo quy trình riêng.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: bít lấp đường rò (theo quy trình riêng).
- Tổn thương ổ mắt, ống lệ tỵ: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng da: khâu phục hồi hoặc sử dụng vạt tại chỗ.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng vị trí đặt vật liệu ghép. Xử trí:
+ Dùng kháng sinh, chú ý phối hợp kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí phòng hoại tử da vùng sống mũi, cánh mũi, tiểu trụ.
+ Nếu nhiễm trùng không cải thiện, tháo bỏ vật liệu ghép, nạo vét ổ viêm, phối hợp dùng kháng sinh và phẫu thuật chỉnh hình lại lần sau.
- Hoại tử da vùng đặt vật liệu ghép. Xử trí:
+ Lấy vật liệu ghép, nạo vét ổ viêm, dùng kháng sinh phối hợp.
+ Điều trị ổn định tình trạng nhiễm trùng sau đó xét chỉnh hình lại sống mũi thì sau.
- Lộ vật liệu ghép. Xử trí:
+ Lấy bỏ vật liệu ghép.
+ Chỉnh hình lại thì sau.

### 7.3. Di chứng

- Di lệch vật liệu ghép: nắn chỉnh hoặc đặt lại vật liệu ghép.
- Nhiễm trùng vị trí đặt vật liệu ghép: xử trí theo mức độ.
- Hoại tử da vùng đặt vật liệu ghép: xử trí tùy theo mức độ.
- Lộ vật liệu ghép: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew J.K., Jaimie D., Vito C., et al. (2015). Section III: The nose. *Facial surgery plastic and reconstruction*. Taylor and Francis Group, LLC. Vol 1, p309-444.
2. Tardy M.E., Thomas J.R., (2010). Rhinoplasty. *Cumming otolaryngology- Head and neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed, Vol.1, 36, p508-544.
3. Peter A., Adamson P.A., Henry H.H., (2002). Open rhinoplasty. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery***,** second edition, Thieme Medical Publishers, 33, p689-696.

# 59. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU TÚI LỆ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi qua mũi nhằm giải quyết tình trạng tắc nghẽn của ống lệ mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tắc ống lệ mũi nguyên phát hoặc thứ phát ở người lớn có thể đi kèm viêm túi lệ mạn tính.
- Tắc ống lệ mũi trên những người bệnh đã điều trị tia xạ hoặc hóa chất, có tiền sử phẫu thuật xoang và chấn thương hàm mặt.
- Các trường hợp tái phát tắc ống lệ mũi sau can thiệp.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ u túi lệ và bệnh lý trước túi lệ như chít hẹp điểm lệ và lệ quản.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Ống silicon.
- Lưỡi dao.
- Chỉ khâu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.

- Bộ dụng cụ chẩn đoán lệ đạo.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1**

- Đặt bấc tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê niêm mạc mũi quanh chân bám cuốn giữa.

**6.2. Bước 2**

- Rạch tạo vạt niêm mạc để bộc lộ xương lệ và mỏm trán xương hàm trên.

**6.3. Bước 3**

- Bóc tách vạt niêm mạc mũi đến sát chỗ bám của mỏm móc và lật vạt niêm mạc ra sau để bộc lộ xương lệ**.**

**6.4. Bước 4**

- Lấy bỏ phần xương trước trên của túi lệ, bộc lộ toàn bộ túi lệ.

**6.5. Bước 5: Mở vào túi lệ**

- Dùng que thăm dò đường lệ đặt vào túi lệ, dùng dao để rạch thành trong túi lệ thành 2 vạt trước sau, sao cho vạt phía trước của túi lệ rộng nhất có thể.
- Đảm bảo túi lệ được mở rộng hoàn toàn và nằm trên vách mũi xoang.

**6.6. Bước 6**

- Cắt sửa vạt sau niêm mạc mũi sao cho mép của vạt niêm mạc mũi và mép của 2 vạt túi lệ áp khít vào nhau**.**

**6.7. Bước 7**

- Đặt ống silicon qua 2 lệ quản vào túi lệ xuống mũi và buộc cố định ống gần lỗ thông trong mũi sao cho ống không kéo căng vào điểm lệ, lệ quản và góc trong mắt.

### 6.8. Bước 8

- Làm sạch hốc mổ, cầm máu, đặt vật liệu cầm máu.

### 6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Bộc lộ mỡ ổ mắt hoặc tổn thương cơ thẳng trong: hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.
- Tụ máu dưới kết mạc, phù nề mi mắt, tràn khí hốc mắt, tổn thương lệ quản. Xử trí: hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.
- Rò dịch não tủy: tiến hành bít lấp lỗ rò ngay trong phẫu thuật.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: xử trí điều trị nội khoa và vệ sinh hốc mổ.
- Viêm lệ quản: xử trí điều trị kháng sinh tại chỗ và toàn thân, hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.
- Biến chứng của ống silicon (tuột ống, đứt ống và kẹt ống): cần lấy bỏ và đặt lại ống nếu cần thiết. Trong trường hợp ống silicon trồi vào góc mắt trong, có thể kéo lại ống vào mũi dưới hướng dẫn của nội soi.
- - Điểm lệ bị kéo rách do dây silicon quá chặt. Xử trí: hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Hẹp lệ quản: hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.
- Biến chứng của ống silicon (tuột ống, đứt ống và kẹt ống): cần lấy bỏ và đặt lại ống nếu cần thiết. Trong trường hợp ống silicon trồi vào góc mắt trong, có thể kéo lại ống vào mũi dưới hướng dẫn của nội soi.
- Điểm lệ bị kéo rách do dây silicon quá chặt. Xử trí: hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.
- Viêm lệ quản. Xử trí: điều trị kháng sinh tại chỗ và toàn thân, hội chẩn chuyên khoa Mắt nếu cần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raymond Sacks and Yuresh Naidoo (2019), Endoscopic Dacryocystorhinostomy. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p143-148.

2. Perter- John Wormald (2018). Powered Endoscopic Dacryocystorhinostomy. *Endoscopic Sinus surgery. Anatomy, Three – Dimensional Reconstruction and Surgical Technique*, fourth Edition, Thieme, New York, p161-176.

# 60. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ LỖ THÔNG MŨI XOANG QUA KHE DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi tạo lỗ thông giữa xoang hàm với hốc mũi qua khe dưới để tiếp cận bệnh tích ở thành trước, dưới của xoang hàm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm xoang hàm mạn tính như nấm xoang, viêm xoang hàm do răng, dị vật xoang, polyp xoang hàm, polyp Kilian, u xoang hàm mà việc mở xoang hàm qua khe giữa không giải quyết được hết bệnh tích.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**Vô cảm và đặt tư thế người bệnh.**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15- 30 độ.

**6.1. Bước 1: Chuẩn bị hốc mổ**

- Đặt thuốc co mạch khe dưới và hốc mũi.
- Bẻ cuốn dưới vào trong.
- Tìm lỗ đổ của ống lệ tỵ (van Hasner).

**6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc khe dưới**

- Tạo vạt niêm mạc khe dưới, đường rạch ở phía sau van Hasner khoảng 5 mm.

**6.3. Bước 3: Mở cửa sổ khe dưới**

- Dùng khoan (hoặc đục) mở thành trong xoang hàm qua vị trí niêm mạc vừa rạch, tạo cửa sổ thông khe mũi dưới và xoang hàm.
- Mở rộng cửa sổ khe dưới ra phía trước và phía sau. Lưu ý phẫu tích ở vị trí dưới van Hasner, tránh làm tổn thương van.

**6.4. Bước 4**: **Lấy bệnh tích xoang hàm**

- Lấy bệnh tích trong xoang hàm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ**

**6.6. Bước 6: Phủ lại hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

- Đặt lại niêm mạc khe dưới, bẻ cuốn dưới ra ngoài, đặt vật liệu cầm máu nếu cần.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương ống lệ, viêm tắc ống lệ. Xử trí: cần mở thông ống lệ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: vệ sinh hốc mổ, kháng sinh chống nhiễm trùng.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Chảy nước mắt do tổn thương ống lệ: mở thông ống lệ.
- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moeller CW, Stankiewicz JA. Endoscopic inferior meatal antrostomy. *Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2010;21(3),p156-159.
2. Roee Landsberg, (2019). The Rationale for Endoscopic Inferior Meatal Antrostomy. *Otolaryngology*, volume 81, p41–7.

# 61. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Đốt điện cuốn mũi dưới là thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi mạn tính quá phát cuốn dưới không đáp ứng với điều trị nội khoa.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh không hợp tác tốt để làm thủ thuật.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ.
- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện làm thủ thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Đèn đội trán
- Mở mũi.
- Hệ thống máy hút.
- Thiết bị đông điện dùng cho cuốn mũi.

### 5.4. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh, cách thức thực hiện để người bệnh phối hợp, các tai biến có thể xảy ra trong và sau thủ thuật.
- Có người nhà đi cùng trong quá trình làm thủ thuật.

### 5.5. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm phẫu thuật – thủ thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê.
- Tư thế người bệnh: có thể ngồi hoặc nằm.

**6.1. Bước 1**

- Đặt thuốc tê thấm có thành phần co mạch. Sau đó tiến hành gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng đặt bấc tẩm thuốc tê. Thời gian đợi khoảng 5 - 10 phút.

**6.2. Bước 2**

- Đốt cuốn mũi: tay trái cầm dụng cụ mở mũi có cán mở rộng hốc mũi, tay phải cầm đông điện. Tiến hành đốt cuốn từng bên, đốt từ sau ra trước theo hai đường song song. Tránh làm tổn thương vách ngăn.

**6.3. Bước 3**

- Sau khi đốt cuốn kiểm tra lại thấy không chảy máu.
- Nếu người bệnh ở xa hoặc có chảy máu thì đặt một đoạn bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu sau khi đốt.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi đốt cuốn**

- Choáng, sốc do đau, do thuốc gây tê.
- Chảy máu trong khi đốt cuốn: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi đốt cuốn mũi**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, kháng viêm.

**7.3. Biến chứng muộn**

Tổn thương vách ngăn gây dính cuốn mũi với vách ngăn mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Lợi - Các phẫu thuật thông thường Tai Mũi Họng - 1994 - NXB Y học - Phẫu thuật cắt cuốn mũi, trang 45-50.

# 62. NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện dưới kiểm soát của nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi mạn tính quá phát cuốn dưới không đáp ứng với điều trị nội khoa.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có nhiễm trùng tại chỗ.

## 4. THẬN TRỌNG

- Bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện làm thủ thuật.
- Người bệnh không hợp tác tốt để làm thủ thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.
- Thiết bị đông điện dùng cho cuốn mũi.

### 5.4. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh, cách thức thực hiện để người bệnh phối hợp, các tai biến có thể xảy ra trong và sau thủ thuật.
- Có người nhà đi cùng trong quá trình làm thủ thuật.

### 5.5. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

Thực hiện bảng kiểm phẫu thuật – thủ thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Tư thế người bệnh: có thể ngồi hoặc nằm.
- Vô cảm: gây tê.

### 6.1. Bước 1

- Đặt thuốc tê thấm. Sau đó tiến hành gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng đặt bấc tẩm thuốc tê. Thời gian đợi khoảng 5-10 phút.

### 6.2. Bước 2

- Tiến hành đốt cuốn mũi từng bên.

### 6.3. Bước 3

- Sau khi đốt cuốn kiểm tra lại thấy không chảy máu.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi đốt cuốn

- Choáng, sốc do đau, do thuốc gây tê.
- Chảy máu trong khi đốt cuốn mũi: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi đốt cuốn mũi

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng trong hốc mũi: điều trị kháng sinh, kháng viêm.

### 7.3. Biến chứng muộn

Tổn thương vách ngăn gây dính cuốn mũi với vách ngăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Lợi - Các phẫu thuật thông thường Tai Mũi Họng - 1994 - NXB Y học - Phẫu thuật cắt cuốn mũi, trang 45-50.

# 63. NỘI SOI BẺ CUỐN MŨI DƯỚI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật bẻ toàn bộ cuốn mũi dưới ra ngoài dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Quá phát cuốn dưới gây ra ngạt tắc mũi thường xuyên, đã điều trị nội khoa không hiệu quả.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm và đặt tư thế người bệnh
- Vô cảm: gây mê
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt thuốc co mạch, tiêm tê cuốn dưới.**

**6.2. Bước 2: Bẻ cuốn**

- Dùng bay thẳng bẻ cuốn đưa vào phía trong khe dưới, bẻ cuốn theo hướng lên trên và vào trong.
- Đặt bay trên bề mặt lưng cuốn, bẻ cong cuốn từ từ theo hướng ra ngoài và xuống dưới.

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Ngạt trở lại: xử trí cân nhắc phẫu thuật lại.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính cuốn – vách ngăn: xử trí tùy mức độ.
- Ngạt trở lại: xử trí cân nhắc phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard Orlandi, Reza Vaezeafshar, Peter H.Hwang (2019). Middle and Inferior Turbinates. *Atlas of Endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p20-28.
2. Neal C. Gehani and Steven M. Houser (2014). Septoplasty, turbinate reduction, and correction of nasal obstruction. *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology,* fifth edition, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, p612-622.

# 64. NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm đưa xương chính mũi bị di lệch do chấn thương về vị trí cũ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Xương chính mũi bị vỡ di lệch sau chấn thương, có thể đơn thuần hoặc phối hợp với thương tổn vách ngăn, khối mũi sàng hay xương hàm trên.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương chính mũi nhưng không di lệch.
- Bệnh lý nền nội khoa có chống chỉ định phẫu thuật, gây mê hồi sức.
- Các chấn thương phối hợp gây nguy hiểm tính mạng cần xử trí trước (ví dụ: chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng).

## 4. THẬN TRỌNG

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc:

- Thuốc tê tại chỗ.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Vật liệu cầm máu mũi tự tiêu, không tiêu.
- Nẹp bột hoặc nẹp nhựa.
- Bay nâng xương chính mũi, kẹp khuỷu, soi mũi, ống hút.
- Bộ nội soi mũi xoang.
- Bộ máy dao điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng…
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng, cố định đầu.

**6.1. Bước 1**

- Đặt bấc mũi có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên.
- Tiêm thuốc gây tê tại chỗ nếu phẫu thuật gây tê.

**6.2. Bước 2**

- Dùng bay nâng xương chính mũi đưa lên ngách trên, nâng xương chính mũi về vị trí ban đầu. Kẹp và dựng thẳng vách ngăn lại.

**6.3. Bước 3**

- Đặt bấc mũi hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu hốc mũi 2 bên để nâng xương gãy khỏi sập lại.

**6.4. Bước 4**

- Cố định ngoài bằng một máng bằng bột thạch cao hoặc silicon bên ngoài theo khuôn của mũi.
- Đối với gãy hở cần làm thêm:

+ Kiểm tra và làm sạch vết thương sạch đảm bảo không có dị vật.
+ Cắt lọc, khâu phục hồi niêm mạc và da theo bình diện giải phẫu.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong mổ**

Chảy máu mũi: cần phải nhét tăng cường bấc/ vật liệu cầm máu không tự tiêu.

**7.2. Tai biến sau mổ**

- Xương không liền tốt, can xấu: phá can nắn lại.
- Dính niêm mạc hốc mũi: chăm sóc hút rửa, tách dính.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO.**

1. Rosen CA, JohnsonJT(2014), *Bailey's Head and Neck Surgery 5th Edition, Vol 1,1241- 1253.*
2. Flint PW (2010), *Cummings otolaryngology: Head and neck surgery 5$^{th}$ edition*, vol 1, 496- 507.
3. Myers EN, Kenneth D.R (2017). Chapter 184 Nasal Fracture, *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery.* Elsevier Health Sciences; p1284 – 1291.

# 65. NỘI SOI SINH THIẾT U HỐC MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương bệnh lý ở hốc mũi hoặc ở các xoang lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phình mạch.
- Thoát vị não màng não.
- U máu, u xơ mạch.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ bấm sinh thiết.
- Bộ dao mổ điện (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm và đặt tư thế người bệnh
- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc co mạch và tiêm tê (nếu cần)**

- Đặt bấc co mạch và tiêm tê tại chỗ vào bên hốc mũi có khối u cần sinh thiết (nếu cần).

**6.2. Bước 2: Quan sát và đánh giá tổn thương**

- Quan sát và đánh giá tổn thương trong hốc mũi dưới nội soi.

**6.3. Bước 3: Bấm sinh thiết**

- Dùng panh hoặc đột bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Cầm máu**

- Đặt vật liệu cầm máu hoặc đông điện vị trí chảy máu nếu cần.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Choáng, ngất do đau: chống choáng, giảm đau.
- Ngộ độc thuốc gây tê: xử trí theo phác đồ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang: xử trí điều trị nội khoa.

- Hoại tử niêm mạc nếu diện đốt quá rộng và sâu: xử trí lấy tổ chức hoại tử, điều trị tại chỗ và toàn thân.

**7.3. Biến chứng muộn:** Không có.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Bộ Y tế (2012). Sinh thiết hốc mũi. *Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, p171-172.

# 66. NỘI SOI SINH THIẾT U VÒM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong vòm mũi họng để làm xét nghiệm mô bệnh học dưới gây tê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của vòm mũi họng cần xác định bản chất.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ u máu, u xơ mạch vòm mũi họng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút
- Kìm sinh thiết, ống hút mũi xoang, kẹp khuỷu

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án.

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật**: khoảng 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật của khoa.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh, bệnh phẩm (với các xét nghiệm): Đánh giá tính chính xác của người bệnh, bệnh phẩm: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH

- Vô cảm: đặt bấc tẩm thuốc gây tê và co mạch hoặc xịt thuốc gây tê và co mạch.
- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi trên ghế khám, hơi cúi đầu xuống phía trước.

### 6.1. Bước 1. Quan sát tổn thương

- Rút bấc.
- Nội soi bằng optic 0 độ: Quan sát và đánh giá toàn bộ hốc mũi và vòm.
- Xác định vị trí khối u và các vị trí cần bấm sinh thiết.

### 6.2. Bước 2. Bấm sinh thiết

- Dùng kìm sinh thiết bấm các mảnh tổ chức nghi ngờ, ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Mảnh sinh thiết đủ lớn để cắt và nhuộm được bệnh phẩm, được đựng trong dung dịch Formol thể tích ít nhất gấp 10 lần mảnh sinh thiết.

### 6.3. Bước 3. Kiểm tra và cầm máu

- Kiểm tra đánh giá sau sinh thiết, nếu chảy máu xử trí theo mức độ.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: tiến hành cầm máu.
- Choáng, ngất do đau: chống choáng, giảm đau.
- Ngộ độc thuốc gây tê: xử trí theo phác đồ.

### 7.2. Tai biến sau thủ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baran H., Aydın S.Elibol E. (2021), A retrospective analysis of nasopharyngeal biopsy results in adult patients, *Cureus*, 13(2).
2. Bailey B. J. (2001), *Atlas of head & neck surgery--otolaryngology*, Lippincott Williams & Wilkins.
3. Van Hasselt C. A.John D. G. (1994), Diagnosing nasopharyngeal cancer, *The Laryngoscope*, 104(1 Pt 1), 103-104.

# 67. NỘI SOI SINH THIẾT U VÙNG MŨI XOANG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong hốc mũi hoặc trong xoang để làm xét nghiệm mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý trong hốc mũi hoặc trong các xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các phình mạch.
- Sa màng não.
- U máu, u xơ mạch.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống cắt - hút nội soi kèm tay khoan.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

**Vô cảm và đặt tư thế người bệnh**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.

**6.1. Bước 1: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và tiêm tê tại chỗ**

**6.2. Bước 2: Bộc lộ khối u**

- Quan sát và đánh giá toàn bộ vị trí u trong hốc mũi.
- Tiến hành mở các xoang tương ứng với vị trí khối u nếu u còn trong xoang chưa lan ra hốc mũi.
- Xác định vị trí khối u và các vị trí cần bấm sinh thiết.

**6.4. Bước 4**: **Bấm sinh thiết**

- Dùng kìm sinh thiết bấm các mảnh tổ chức nghi ngờ, ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu (nếu cần)**

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí vá nền sọ.
- Tụ máu ổ mắt: xử trí tùy theo mức độ.

- Tổn thương cơ thẳng trong, tổn thương thần kinh thị: hội chẩn chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy dịch não tủy: xử trí theo dõi hoặc phẫu thuật vá nền sọ tùy theo mức độ.
- Xuất huyết, tụ máu ổ mắt, tổn thương thần kinh thị: phối hợp với chuyên khoa Mắt xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang: xử trí điều trị nội khoa.
- Hoại tử niêm mạc nếu diện đốt quá rộng và sâu: xử trí lấy tổ chức hoại tử, điều trị tại chỗ và toàn thân.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí tùy mức độ.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Sinh thiết hốc mũi. *Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, p171-172.
2. Peter- John Wormald (2018). Endoscopic Removal of Tumors Involving the Maxillary Sinus, Pterygopalatine Fossa, and Infratemporal Fossa. *Endoscopic Sinus surgery. Anatomy, Three – Dimensional Reconstruction and Surgical Technique*, fourth edition, Thieme, NewYork, p216-222.

# 68. CHỌC RỬA XOANG HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.

Chọc thăm dò để chẩn đoán.

## 3. 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 hàm.
- Người bệnh có bệnh về máu.
- Người có thai hoặc đang hành kinh.

## 4. THẬN TRỌNG

Không có.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Bơm tiêm nhựa 5ml tiêm thuốc tê và bơm tiêm nhựa 50ml để bơm rửa.
- Nước muối sinh lý.
- 01 khăn nilon và khăn vải.
- Đèn trán.
- Dụng cụ bao gồm: mở mũi có cán, troca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong, khay quả đậu, kẹp khuỷu.

- 01 dây cao su nối liền với kim.
- Bộ nội soi tai mũi họng (nếu cần).

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê bằng thuốc tê thấm tại chỗ (thuốc tê niêm mạc đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút).
- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi thẳng.

**6.1. Bước 1: đưa ống thông vào xoang**

- Chọc kim vào ngách mũi dưới theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau 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 rỗng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.

**6.2. Bước 2: bơm rửa xoang**

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.

**6.3. Bước 3**

- Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.
- Chảy máu: xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

- Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Lê Văn Lợi - Các phẫu thuật thông thường Tai Mũi Họng - 1994 - NXB Y học - Phẫu thuật cắt xoang mũi, trang 57-61.

# 69. HÚT RỬA MŨI XOANG THEO PHƯƠNG PHÁP PROETZ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp hút đổi thế điều trị các bệnh lý về xoang bằng cách đưa thuốc vào các xoang.

## 2.CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi xoang mạn tính.

## 3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang có polyp mũi.
- Các dị hình trong mũi xoang.
- Viêm xoang có biến chứng.
- Viêm mũi xoang cấp.

## 4. THẬN TRỌNG

- Bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: suy tim, rối loạn đông máu, suy thận).
- Người cao tuổi.
- Trẻ nhỏ không hợp tác.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, giảm viêm dạng dung dịch.
- Nước muối sinh lý.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Hệ thống máy hút.
- Bộ dụng cụ hút làm Proetz.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật**: khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Bước 1

- Vô cảm: không.
- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa trên giường, đầu ngửa tối đa.
- Nhỏ thuốc co mạch.

### 6.2. Bước 2

- Điều dưỡng nhỏ 3 - 5 ml nước muối sinh lý vào mũi, dùng ống hút có đầu làm proetz hút dịch trong mũi. Áp lực hút khí 18 l/phút. Thực hiện 4 – 5 lần.
- Khi hút người bệnh kêu kê kê kê liên tục.

### 6.3. Bước 3

- Bơm thuốc kháng sinh, giảm viêm dạng dung dịch vào mũi xoang.
- Hút và hướng dẫn người bệnh kêu kê liên tục trong khi bơm thuốc.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu mũi: xử trí tùy mức độ.
- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng làm thủ thuật, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng (khó thở, nổi mề đay, sốc phản vệ): xử trí theo phác đồ dị ứng thuốc.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Đau đầu: cho người bệnh nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau nếu cần.

### 7.3. Biến chứng muộn

Chưa ghi nhận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Giản yếu bệnh học Tai - Mũi - Họng - Gs.Ts Ngô Ngọc Liễn.

2. Quyết định số: 904/2022/QĐ BYT ngày 22/3/2022 của Bộ Y tế: "Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh" tập 1.
3. Filgueira, Y. A., Holanda, V. N., Fonseca, F. L. A., & Feder, D. (2020). Effects of nasal aspiration by the Proetz® method in pediatric patients with sinusitis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *66*, 1503-1508.

# 70. NHÉT BẤC MŨI SAU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng bấc đã cuộn lại chèn chặt vào cửa mũi sau qua miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi trước đã nhét bấc mũi trước 3 lần thất bại.
- Chảy máu vùng mũi sau.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.
- Mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Cuộn gạc mũi sau chuyên dụng có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây: các cỡ.
- Xông cao su cỡ nhỏ.
- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Đèn trán.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện thủ tục đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm gây tê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1:** Hút máu đông, xác định hốc mũi chảy máu. Luồn xông từ cửa mũi trước bên chảy máu, qua hốc mũi xuống họng, kéo qua mồm bằng kìm cong.

**6.2. Bước 2:** Buộc 2 đầu chỉ của cuộn bấc vào đầu ống xông. Kéo ngược trở lại ống xông qua cửa mũi trước đồng thời dùng ngón trỏ tay thuận đẩy cuộn bấc lên vùng họng chèn chặt vào cửa mũi sau.

**6.3. Bước 3:** Thực hiện quy trình nhét bấc mũi trước (hoặc nhét vật liệu cầm máu không tự tiêu).

**6.4. Bước 4:** Cố định cuộn bấc bằng cách buộc 2 đầu chỉ vào nút gạc ở cửa mũi trước. Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.

**6.5. Bước 5:** Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ điều trị ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Choáng do đau, mất máu: xử trí theo phác đồ chống choáng của Bộ Y tế.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu tái phát: xử trí theo mức độ.
- Tụt bấc xuống họng: thực hiện lại quy trình kỹ thuật đúng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry.C.B, Charles.J, Barry.S, Carl.H. S(2018). *Operative Otolaryngology - Head and Neck Surgery 3rd edition*, Volume 8, Issue 2, 98-103.

2. Corry.J.K, Timothy.C (2005). *'Management of epistaxis ',* American Family Physician, vol 71, 305-310.

3. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai mũi họng,* Nhà xuất bản Y học, 102-104.

# 71. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng bấc chèn chặt vào hốc mũi qua cửa mũi trước.

## 2. CHỈ ĐỊNH:

Chảy máu mũi trước không cầm được bằng các biện pháp đơn giản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.
- Mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Đèn trán.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện thủ tục theo quy định Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm gây tê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1:** Hút máu đông, xác định hốc mũi chảy máu.

**6.2. Bước 2:** Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc đã tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước hoặc võng, nhét chặt tay và đối trọng 2 bên ngay từ đầu cho đến khi đầy. Đánh dấu đầu cố định là đầu phía cánh mũi.

**6.3. Bước 3:** Đè lưỡi kiểm tra xem còn chảy máu xuống họng không.

### Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ điều trị ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Choáng do đau, mất máu: xử trí theo phác đồ chống choáng của Bộ Y tế

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tái phát:xử trí theo mức độ.
- Tụt bấc xuống họng: thực hiện lại quy trình kỹ thuật đúng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. BarryC. B, Charles.J, Barry.S, Carl.H. S(2018).*OperativeOtolaryngology-Headand Neck Surgery 3rd edition*, Volume 8, Issue 2, 98-103.
2. Corry.J.K, Timothy.C (2005). *'Management of epistaxis ',* American Family Physician, vol 71, 305-310.
3. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai mũi họng,* Nhà xuất bản Y học, 102-104.

# 72. CẦM MÁU MŨI BẰNG VẬT LIỆU CẦM MÁU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.
- Mỡ kháng sinh.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bơm tiêm.
- Nước muối sinh lý.
- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Hệ thống máy hút.
- Đèn trán.
- Bộ nội soi tai mũi họng (nếu có).

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,25 – 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng thuốc tê thấm, thuốc co mạch.
- Tư thế người bệnh: ngồi hay nằm ngửa tại giường.

**6.1. Bước 1**

- Thăm khám hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

**6.2. Bước 2**

Dùng vật liệu cầm máu không tự tiêu đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.

**6.3. Bước 3**

Bơm nước muối sinh lý để làm phồng vật liệu cầm máu không tự tiêu.

**6.4. Bước 4**

Đè lưỡi kiểm tra xem còn chảy máu xuống họng không.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ điều trị ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Choáng do đau, mất máu: xử trí theo phác đồ chống choáng của Bộ Y tế.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu tái phát: xử trí theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seikaly H. (2021), Epistaxis, *New England Journal of Medicine*, 384(10), 944-951.
2. Tran Q. K., Barnett J., O'Connell F. et al. (2021), Nasal packing in the emergency department: a practical review for emergency providers, *Open Access Emergency Medicine*, 527-533.

# 73. LẤY DỊ VẬT MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy dị vật trong hốc mũi dưới nội soi hoặc bằng đèn Clar.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật hốc mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

## 4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em không hợp tác cần cố định tốt hoặc gây mê tránh gây tổn thương niêm mạc mũi.
- Lấy dị vật cửa mũi sau gây tê, dị vật có thể trôi xuống dẫn đến dị vật đường thở, đường ăn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Đèn trán.
- Bộ dụng cụ khám và lấy dị vật mũi: kẹp khuỷu, que móc, thìa nạo, ống hút mũi xoang, kẹp mũi xoang.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra.

* Lưu ý: Trường hợp dị vật mũi phức tạp do tai nạn giao thông cần chụp phim cắt lớp

vi tính mũi xoang để đánh giá dị vật trước khi lấy.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,25 – 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

Tùy từng trường hợp có thể tiến hành lấy dị vật mũi dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê (với người bệnh không hợp tác hoặc dị vật ở sâu, khó lấy).

***Chuẩn bị tư thế người bệnh***

- Người lớn: tư thế ngồi.
- Trẻ em: người lớn bế ngồi hoặc nằm đầu thẳng được quấn và giữ chặt.

**6.1. Bước 1: Làm sạch và gây tê hốc mũi**

- Hút sạch dịch, mủ xuất tiết ở hốc mũi.
- Nhỏ hoặc xịt thuốc co mạch và thuốc tê niêm mạc để làm rộng và gây tê hốc mũi trong 5 – 10 phút.

**6.2. Bước 2: Lấy dị vật**

- Dùng mở mũi mở rộng hốc mũi, quan sát đánh giá hoặc quan sát dưới nội soi.
- Sử dụng dụng cụ phù hợp như kẹp khuỷu, móc, thìa nạo, kẹp mũi xoang, ống hút lấy dị vật ra ngoài.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra lại sau lấy dị vật**

- Hút sạch máu và dịch mũi.
- Kiểm tra lại hốc mũi sau lấy dị vật đảm bảo dị vật được lấy sạch.
- Đánh giá tổn thương trong hốc mũi.
- Trường hợp chảy máu mũi sau lấy dị vật hoặc niêm mạc hốc mũi hoại tử do dị vật pin có nguy cơ dính niêm mạc có thể đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu (thực hiện theo quy trình kỹ thuật riêng).

**6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện thủ thuật:

- Chảy máu mũi do tổn thương niêm mạc xử trí tùy theo mức độ.
- Choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.
- Dị vật đường thở, đường ăn: soi gắp dị vật.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện thủ thuật:

Nhiễm khuẩn do dị vật để lâu: điều trị kháng sinh, hút rửa mũi hàng ngày.

### 7.3. Tai biến muộn

- Dính niêm mạc mũi.
- Thủng vách ngăn mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew B (2008). Oxford American Handbook of Otolaryngology, *Oxford University Press*, 395.
2. James R. K, Timothy E. B, Joseph D. L (2008). Nasal foreign body removal in children, *Pediatric Emergency Care*, 24 (11), 785 – 92.
3. Bộ Y tế 2012. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, *Nhà xuất bản Y học*, 2012, 100 – 101.

# 74. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy dị vật trong hốc mũi dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật trong hốc mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

## 4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em không hợp tác cần cố định tốt tránh gây tổn thương niêm mạc mũi.
- Sau lấy dị vật mũi gây tê, dị vật có thể trôi xuống dẫn đến dị vật đường thở, đường ăn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc:

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dụng cụ khám và lấy dị vật mũi: kẹp khuỷu, que móc, thìa nạo, ống hút mũi xoang.
- Kìm sinh thiết mũi xoang.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra.

* Lưu ý: Trường hợp dị vật mũi phức tạp do tai nạn giao thông cần chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang để đánh giá dị vật trước khi lấy.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật**: khoảng 0,25 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm**:** tùy từng trường hợp có thể tiến hành lấy dị vật mũi dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê (với người bệnh không hợp tác hoặc dị vật ở sâu, khó lấy).

Chuẩn bị tư thế NGƯỜI BỆNH

+ Người lớn: tư thế ngồi.

+ Trẻ em: người lớn bế ngồi hoặc nằm đầu thẳng được quấn và giữ chặt.

**6.1. Bước 1: Làm sạch và gây tê hốc mũi**

- Hút sạch dịch, mủ xuất tiết ở hốc mũi.
- Nhỏ hoặc xịt thuốc co mạch và thuốc tê niêm mạc để làm rộng và gây tê hốc mũi trong 5 – 10 phút.

**6.2. Bước 2: Nội soi kiểm tra dị vật**

- Dùng ống nội soi kiểm tra toàn bộ hốc mũi 2 bên, xác định dị vật: loại dị vật, vị trí, kích thước.

**6.3. Bước 3: Lấy dị vật**

- Sử dụng dụng cụ phù hợp như kẹp khuỷu, móc, thìa nạo, kìm sinh thiết, ống hút lấy dị vật ra ngoài.

**6.4. Bước 4: Kiểm tra lại sau lấy dị vật**

- Hút sạch máu và dịch mũi.
- Kiểm tra lại hốc mũi sau lấy dị vật đảm bảo dị vật được lấy sạch.
- Đánh giá tổn thương trong hốc mũi.
- Trường hợp chảy máu mũi sau lấy dị vật hoặc niêm mạc hốc mũi hoại tử do dị vật pin có nguy cơ dính niêm mạc có thể đặt vật liệu cầm máu mũi (thực hiện theo quy trình kỹ thuật riêng).

**6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu mũi: xử trí tùy theo mức độ.
- Choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.
- Dị vật đường thở, đường ăn: soi gắp dị vật.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm khuẩn do dị vật để lâu: điều trị kháng sinh, hút rửa mũi hàng ngày.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính niêm mạc mũi.
- Thủng vách ngăn mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew B (2008). Oxford American Handbook of Otolaryngology, *Oxford University Press*, 395.
2. James R. K, Timothy E. B, Joseph D. L (2008). Nasal foreign body removal in children, *Pediatric Emergency Care*, 24 (11), 785 – 92.
3. Bộ Y tế 2012. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, *Nhà xuất bản Y học*, 2012, 100 – 101.

# 75. CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng hóa chất Nitrat bạc đốt điểm mạch mũi để cầm máu mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi điểm mạch mức độ nhẹ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.
- Nitrat bạc 10%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ, đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng thuốc tê thấm, thuốc co mạch.
- Tư thế người bệnh: ngồi hoặc nằm ngửa.

**6.1. Bước 1**

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Đánh giá mức độ chảy máu.

**6.2. Bước 2**

- Dùng Nitrat bạc để đốt điểm chảy máu trong 30 - 60 giây.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật**

Chảy máu không cầm: đặt vật liệu cầm máu hoặc cầm máu bằng đông điện.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu mũi tái phát dùng nội soi kiểm tra, cầm máu bằng đông điện.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Chảy máu mũi tái phát dùng nội soi kiểm tra, cầm máu bằng đông điện.
- Dính cuốn dưới vào vách ngăn.
- Thủng vách ngăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Green M., Tailor H.Keh S. (2023), Historical use of silver nitrate for the managementof epistaxis–evidence-based practice?, The Journal of Laryngology & Otology, 137(9), 962-964.
2. Seikaly H. (2021), Epistaxis, New England Journal of Medicine, 384(10), 944-951.
3. Tunkel D. E., Anne S., Payne S. C. et al. (2020), Clinical practice guideline: nosebleed (epistaxis), *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162, S1-S38.

# 76. RÚT VẬT LIỆU CẦM MÁU HỐC MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ bấc, vật liệu cầm máu không tự tiêu ra khỏi hốc mũi một bên hoặc hai bên.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp đã được đặt bấc, vật liệu cầm máu không tự tiêu mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Nước muối NaCl 0.9%
- Bơm tiêm.
- Bộ khám tai mũi họng, kẹp khuỷu, kéo, ống hút.
- Đèn trán.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện (ví dụ: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng).
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ, đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng thuốc tê, co mạch..
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc ngồi.

**6.1. Bước 1: Rút bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu**

- Bơm nước muối vào hốc mũi.
- Trường hợp rút bấc mũi trước hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu:

+ Dùng kẹp khuỷu kẹp vào bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu và rút bấc hoặc vật liệu cầm máu không tự tiêu ra từ từ theo thứ tự.

+ Trường hợp rút bấc mũi sau:

+ Rút bấc đặt mũi trước từ từ theo thứ tự các đầu bấc ngược lại quy trình đặt bấc.

+ Cắt chỉ đoạn nối cục gạc nhét cửa mũi sau ở hốc mũi.

+ Dùng đè lưỡi, tì vào sợi chỉ để kéo cục gạc ở cửa mũi sau ra qua đường họng miệng.

**6.2. Bước 2: Kiểm tra lại hốc mũi hai bên**

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi.
- Dùng đèn trán hoặc optic $0^o$ kiểm tra và đánh giá toàn bộ hốc mũi.
- Hút sạch dịch, máu đọng trong hốc mũi.

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sốc, choáng, ngất do thuốc tê hay do sợ hãi: giải thích và cho người bệnh dùng thuốc giảm đau.
- Chảy máu: đặt lại bấc có tẩm thuốc co mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liễn (2016). Giản yếu bệnh học Tai Mũi Họng, Nhà Xuất bản Y học, 169 -174.

# 77. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng ống hút cứng để hút dịch và máu đọng trong hốc mổ mũi xoang trực tiếp dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Sau phẫu thuật mũi xoang.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Những trường hợp có tổn thương xương giấy và bao ổ mắt sau phẫu thuật.
- Những trường hợp tổn thương nền sọ hoặc vá nền sọ sau phẫu thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ hút mũi.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,25 – 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm và đặt tư thế người bệnh.
- Vô cảm: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và thuốc tê đặt vào khe giữa và khe dưới trong 5 phút.
- Tư thế: người bệnh ngồi thẳng, đầu hơi cúi nhẹ ra trước.

### 6.1. Bước 1: Hút mũi

- Dùng ống hút hút dịch mủ, dịch đọng ở sàn mũi từ phía trước ra đến cửa mũi sau và vòm, khe giữa và khe trên. Lấy vảy máu trong hốc mổ.

### 6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc: xử trí nằm đầu thấp, hồi sức chống sốc.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

Dính niêm mạc hốc mũi: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arjun Parasher et al (2019). Postoperative Debridement. *Alas Endoscopic Sinus and Skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p101-104.

# 78. HÚT RỬA MŨI DƯỚI NỘI SOI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng ống hút cứng để hút dịch, máu, vảy mũi xoang trực tiếp dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật mũi xoang.
- Trong các đợt viêm mũi xoang cấp – mạn tính.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Những trường hợp có tổn thương xương giấy và bao ổ mắt sau phẫu thuật.
- Những trường hợp tổn thương nền sọ hoặc vá nền sọ sau phẫu thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tê niêm mạc dạng xịt tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ hút mũi.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,25 - 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

**Vô cảm và đặt tư thế người bệnh.**

- Vô cảm: Đặt bấc tẩm thuốc co mạch và thuốc tê đặt vào khe giữa và khe dưới trong 5 phút.
- Tư thế: người bệnh ngồi thẳng, đầu hơi cúi nhẹ ra trước.

### 6.1. Bước 1: Hút mũi

- Dùng ống hút hút dịch mủ, dịch đọng ở sàn mũi từ phía trước ra đến cửa mũi sau và vòm, khe giữa và khe trên. Lấy vảy máu trong hốc mổ (nếu có).

### 6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc: xử trí nằm đầu thấp, hồi sức chống sốc.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính niêm mạc hốc mũi: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arjun Parasher et al (2019). Postoperative Debridement. *Alas Endoscopic Sinus and Skull base surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p101-104.

# 79. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổ chức amiđan khẩu cái ra khỏi họng miệng bằng dao điện.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm amiđan cấp tái phát nhiều lần: trên 6 lần/ năm, trên 5 lần/ năm trong 2 năm liên tiếp hoặc trên 3 lần/ năm trong 3 năm liên tiếp. Một số trường hợp, số lần viêm không đủ tiêu chuẩn trên nhưng triệu chứng nặng, phải nhập viện mỗi đợt viêm cấp, hoặc dị ứng nhiều loại kháng sinh thì vẫn có chỉ định cắt Amiđan.
- Amiđan quá to gây hội chứng ngưng thở khi ngủ, ảnh hưởng chức năng: ăn, thở, phát âm.
- Viêm amiđan gây biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng xa: áp xe quanh Amiđan, viêm khớp, viêm cầu thận.
- Tổn thương amiđan 1 bên nghi ngờ khối u.
- Làm đường vào cho phẫu thuật khác: ví dụ phẫu thuật cắt mỏm trâm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang trong đợt viêm cấp, nhiễm khuẩn tại cơ quan khác hoặc toàn thân.
- Phụ nữ đang có thai.
- Đang có bệnh mạn tính chưa ổn định.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu.
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Người bệnh bị khít hàm, có răng giả, răng lung lay.
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường cắt Amiđan cho trẻ khoảng từ 4-5 tuổi. Tuy nhiên trong các trường hợp ngừng thở khi ngủ nặng, trẻ có thể cắt sớm hơn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Nước muối sinh lý NaCl 0,9%

**5.3. Thiết bị y tế**

Găng tay, khẩu trang, mũ.

- Gạc vô khuẩn.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ cắt amiđan.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện: dao điện đơn cực và dao điện lưỡng cực.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ amiđan**

- Mở miệng bộc lộ hết toàn bộ amiđan.
- Chú ý: người bệnh có răng giả, răng lung lay cần thận trọng tránh làm tổn thương răng.

**6.2. Bước 2: Kẹp và cắt amiđan**

- Cặp từng bên amiđan.
- Dùng dao điện đơn cực mở khuyết cực trên.
- Cắt toàn bộ amiđan ra khỏi hốc amiđan theo trình tự từ trên xuống dưới và từ trước ra sau bằng dao điện. Chú ý phải luôn bám sát nhu mô amiđan, bảo tồn tối đa tổ chức quanh amiđan.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Kiểm tra 2 hốc amiđan, cầm máu nếu chảy máu bằng dao điện lưỡng cực.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu.
- Gãy răng, lung lay răng: xử trí theo chuyên khoa răng hàm mặt.
- Trật khớp thái dương hàm: đặt lại khớp thái dương hàm.
- Tổn thương lưỡi gà, mô mềm họng miệng.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu hốc mổ: là biến chứng thường gặp nhất, xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu (theo quy trình kỹ thuật riêng).
- Phù nề họng miệng: dùng thuốc giảm viêm, chống phù nề.
- Nhiễm trùng hốc mổ, hoại tử mô, tổ chức: sử dụng kháng sinh phù hợp.
- Sụt cân, mệt mỏi, mất nước do đau nên bỏ ăn: cần có chế độ ăn và giảm đau phù hợp.

### 7.3. Tai biến muộn

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Maria V. S. Current Diagnosis and Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3rd Edition, Mc Graw Hill, New York. 2012; 362 – 368.
2. JoAnita J. et al. Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia. 2020; 95, 1430 – 1442.
3. Clint T. A. et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 7th Edition, Elsevier Sauders, Philadelphia. 2020; 61, 897 – 905.
4. Jake A., Arvind A. Lasers in Tonsillectomy: Revisited with Systematic Review, *Ear Nose and Throat Journal*. 2021;100(1S): 14 – 18.

# 80. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG MÁY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt amiđan bằng sóng cao tần là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổ chức amiđan ra khỏi họng miệng bằng dao mổ công nghệ sóng cao tần.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm amiđan cấp tái phát nhiều lần: trên 6 lần/ năm, trên 5 lần/ năm trong 2 năm liên tiếp hoặc trên 3 lần/ năm trong 3 năm liên tiếp. Một số trường hợp, số lần viêm không đủ tiêu chuẩn trên nhưng triệu chứng nặng, phải nhập viện mỗi đợt viêm cấp, hoặc dị ứng nhiều loại kháng sinh thì vẫn có chỉ định cắt Amiđan.
- Amiđan quá to gây hội chứng ngưng thở khi ngủ, ảnh hưởng chức năng: ăn, thở, phát âm.
- Viêm amiđan gây biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng xa: áp xe quanh Amiđan, viêm khớp, viêm cầu thận.
- Tổn thương amiđan 1 bên nghi ngờ khối u.
- Làm đường vào cho phẫu thuật khác: ví dụ phẫu thuật cắt mỏm trâm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang trong đợt viêm cấp, nhiễm khuẩn tại cơ quan khác hoặc toàn thân.
- Phụ nữ đang có thai.
- Đang có bệnh mạn tính chưa ổn định.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu.
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Người bệnh bị khít hàm, có răng giả, răng lung lay.
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường cắt Amiđan cho trẻ khoảng từ 4-5 tuổi. Tuy nhiên trong các trường hợp ngừng thở khi ngủ nặng, trẻ có thể cắt sớm hơn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

**5.3. Thiết bị y tế**

- Gạc vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ cắt amiđan.
- Hệ thống máy hút.
- Máy và dao mổ công nghệ sóng cao tần.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: thực hiện dưới gây mê. Mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ amiđan**

- Mở miệng bộc lộ hết toàn bộ amiđan.
- Chú ý: người bệnh có răng giả, răng lung lay cần thận trọng tránh làm tổn thương răng.

**6.2. Bước 2: Kẹp và cắt amiđan**

- Cặp từng bên amiđan.
- Cắt toàn bộ amiđan ra khỏi hốc amiđan theo trình tự từ trên xuống dưới và từ trước ra sau bằng dao mổ sử dụng công nghệ sóng cao tần. Chú ý phải luôn bám sát nhu mô amiđan, bảo tồn tối đa tổ chức quanh amiđan.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra và cầm máu**

- Rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Kiểm tra 2 hốc amiđan, cầm máu nếu chảy máu.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu.
- Gãy răng, lung lay răng: xử trí theo chuyên khoa răng hàm mặt.
- Trật khớp thái dương hàm: đặt lại khớp thái dương hàm.
- Tổn thương lưỡi gà, mô mềm họng miệng.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu hốc mổ: là biến chứng thường gặp nhất, xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu (theo quy trình kỹ thuật riêng).
- Phù nề họng miệng: dùng thuốc giảm viêm, chống phù nề.
- Nhiễm trùng hốc mổ, hoại tử mô, tổ chức: sử dụng kháng sinh phù hợp.
- Sụt cân, mệt mỏi, mất nước do đau nên bỏ ăn: cần có chế độ ăn và giảm đau phù hợp.

### 7.3. Tai biến muộn

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Maria V. S. Current Diagnosis and Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3rd Edition, Mc Graw Hill, New York. 2012; 362 – 368.
2. JoAnita J. et al. Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia. 2020; 95, 1430 – 1442.
3. Clint T. A. et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 7th Edition, Elsevier Sauders, Philadelphia. 2020; 61, 897 – 905.
4. Jake A., Arvind A. Lasers in Tonsillectomy: Revisited with Systematic Review, *Ear Nose and Throat Journal*. 2021;100(1S): 14 – 18.

# 81. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG PLASMA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổ chức amiđan khẩu cái khỏi hốc họng miệng bằng dao Plasma.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm amiđan cấp tái phát nhiều lần: trên 6 lần/ năm, trên 5 lần/ năm trong 2 năm liên tiếp hoặc trên 3 lần/ năm trong 3 năm liên tiếp. Một số trường hợp, số lần viêm không đủ tiêu chuẩn trên nhưng triệu chứng nặng, phải nhập viện mỗi đợt viêm cấp, hoặc dị ứng nhiều loại kháng sinh thì vẫn có chỉ định cắt amiđan.
- Amiđan quá to gây hội chứng ngưng thở khi ngủ, ảnh hưởng chức năng: ăn, thở, phát âm.
- Viêm amiđan gây biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng xa: áp xe quanh Amiđan, viêm khớp, viêm cầu thận.
- Tổn thương amiđan 1 bên nghi ngờ khối u.
- Làm đường vào cho phẫu thuật khác: ví dụ phẫu thuật cắt mỏm trâm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang trong đợt viêm cấp, nhiễm khuẩn tại cơ quan khác hoặc toàn thân.
- Phụ nữ đang có thai.
- Đang có bệnh mạn tính chưa ổn định.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu.
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Người bệnh bị khít hàm, có răng giả, răng lung lay.
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường cắt amiđan cho trẻ khoảng từ 4-5 tuổi. Tuy nhiên trong các trường hợp ngừng thở khi ngủ nặng, trẻ có thể cắt sớm hơn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

**5.3. Thiết bị y tế**

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ cắt amiđan.
- Máy và dao plasma.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu, kê gối vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ amiđan**

- Mở miệng bộc lộ hết toàn bộ amiđan.
- Chú ý: người bệnh có răng giả, răng lung lay cần thận trọng tránh làm tổn thương răng.

**6.2. Bước 2: Kẹp và cắt amiđan**

- Cặp từng bên amiđan.
- Cắt toàn bộ amiđan ra khỏi hốc amiđan theo trình tự từ trên xuống dưới và từ trước ra sau bằng dao Plasma. Chú ý phải luôn bám sát nhu mô amiđan, bảo tồn tối đa tổ chức quanh amiđan.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra và cầm máu**

- Rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Kiểm tra 2 hốc amiđan, cầm máu nếu chảy máu.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu.
- Gãy răng, lung lay răng: xử trí theo chuyên khoa răng hàm mặt.
- Trật khớp thái dương hàm: đặt lại khớp thái dương hàm
- Tổn thương lưỡi gà, mô mềm họng miệng.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu hốc mổ: là biến chứng thường gặp nhất, xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu (theo quy trình kỹ thuật riêng).
- Phù nề họng miệng: dùng thuốc giảm viêm, chống phù nề.
- Nhiễm trùng hốc mổ, hoại tử mô, tổ chức: sử dụng kháng sinh phù hợp.
- Sụt cân, mệt mỏi, mất nước do đau nên bỏ ăn: cần có chế độ ăn và giảm đau phù hợp.

### 7.3. Tai biến muộn

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Maria V. S. Current Diagnosis and Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3rd Edition, Mc Graw Hill, New York. 2012; 362 – 368.
2. JoAnita J. et al. Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia. 2020; 95, 1430 – 1442.
3. Clint T. A. et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 7th Edition, Elsevier Sauders, Philadelphia. 2020; 61, 897 – 905.
4. Jake A., Arvind A. Lasers in Tonsillectomy: Revisited with Systematic Review, *Ear Nose and Throat Journal*. 2021;100(1S): 14 – 18.

# 82. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MÀN HẦU ĐIỀU TRỊ NGỦ NGÁY VÀ NGỪNG THỞ KHI NGỦ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà là phẫu thuật làm rộng vùng họng miệng bằng việc lấy bỏ và/hoặc tác động làm thu nhỏ/xơ hoá phần mô thừa vùng họng, màn hầu, lưỡi gà.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngủ ngáy và/hoặc ngừng thở khi ngủ do nguyên nhân tắc nghẽn ở vị trí họng, màn hầu, lưỡi gà.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh khe hở màn hầu dưới niêm mạc.
- Người bệnh khít hàm.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch) chưa kiểm soát được.
- Công việc liên quan đến sử dụng giọng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.
- Thiết bị gây xơ hoá (ví dụ: đầu đốt, laser) nếu cần.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1**

- Đánh giá mức độ thừa của niêm mạc họng, màn hầu, lưỡi gà, xác định vùng, mức độ can thiệp.

**6.2. Bước 2**

- Cắt bỏ phần tổ chức thừa, khâu tạo hình (bằng vạt tại chỗ hoặc đóng trực tiếp) hoặc sử dụng các biện pháp gây xơ hoá vùng niêm mạc thừa, lỏng lẻo.

**6.3. Bước 3**

- Bơm rửa sạch, kiểm tra cầm máu.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Soi đường thở khi ngủ (nếu cần, theo quy trình riêng).

* Cắt amiđan (nếu cần, theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu trong mổ: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu sau mổ: xử trí theo mức độ.
- Phù nề, tụ máu vết mổ: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh. Lưu ý tư vấn người bệnh vệ sinh khoang miệng, dùng thuốc súc họng.
- Nuốt sặc: ăn ít một, ăn đồ đặc, sánh.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn giọng: luyện giọng.

- Nuốt sặc: xử trí theo mức độ.
- Sẹo hẹp họng miệng: xử trí theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akram K., Kannan R., Supriya M (2009). Uvulopalatopharyngoplasty in the Management of Obstructive Sleep Apnea: The Mayo Clinic Experience.*Mayo Clin Proc*, 84(9): p795–800.
2. George P. K (2009). Uvulopalatopharyngoplasty.*Sleep Apnea and Snoring*, Elsevier, 29: p176-183.
3. Fairbank DN (1990). Uvulopalatopharyngoplasty complications and avoidance strategies. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 102: p239-245.

# 83. PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổ chức amiđan khẩu cái khỏi họng miệng bằng dao laser.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm amiđan cấp tái phát nhiều lần: trên 6 lần/ năm, trên 5 lần/ năm trong 2 năm liên tiếp hoặc trên 3 lần/ năm trong 3 năm liên tiếp. Một số trường hợp, số lần viêm không đủ tiêu chuẩn trên nhưng triệu chứng nặng, phải nhập viện mỗi đợt viêm cấp, hoặc dị ứng nhiều loại kháng sinh… thì vẫn có chỉ định cắt amiđan.
- Amiđan quá to gây hội chứng ngưng thở khi ngủ, ảnh hưởng chức năng: ăn, thở, phát âm.
- Viêm amiđan gây biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng xa: áp xe quanh amiđan, viêm khớp, viêm cầu thận.
- Tổn thương amiđan 1 bên nghi ngờ khối u.
- Làm đường vào cho phẫu thuật khác. Ví dụ: phẫu thuật cắt mỏm trâm…

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang trong đợt viêm cấp, nhiễm khuẩn tại cơ quan khác hoặc toàn thân.
- Phụ nữ đang có thai.
- Đang có bệnh mạn tính chưa ổn định.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu.
- Phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Người bệnh bị khít hàm, có răng giả, răng lung lay.
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường cắt Amiđan cho trẻ khoảng từ 4-5 tuổi. Tuy nhiên trong các trường hợp ngừng thở khi ngủ nặng, trẻ có thể cắt sớm hơn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

Găng tay, khẩu trang, mũ.

- Gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý 0,9%.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ cắt amiđan.
- Bộ máy laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Ống nội khí quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu, kê gối dưới vai.

### 6.1. Bước 1: Đảm bảo an toàn laser

- Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh và kíp phẫu thuật.
- Đặt gạc ẩm che phủ các vùng da hở.
- Hạ thấp nồng độ oxy trong khí hít vào.

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ amiđan

- Mở miệng bộc lộ hết toàn bộ amiđan.
- Chú ý: người bệnh có răng giả, răng lung lay cần thận trọng tránh làm tổn thương răng.

### 6.3. Bước 3: Kẹp và cắt amiđan

- Cặp từng bên amiđan.

- Cắt toàn bộ amiđan ra khỏi hốc amiđan theo trình tự từ trên xuống dưới và từ trước ra sau bằng dao laser. Chú ý phải luôn bám sát nhu mô amiđan, bảo tồn tối đa tổ chức quanh amiđan.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4: Kiểm tra cầm máu

- Rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Kiểm tra 2 hốc amiđan, cầm máu nếu chảy máu.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu.
- Gãy răng, lung lay răng: xử trí theo chuyên khoa răng hàm mặt.
- Trật khớp thái dương hàm: đặt lại khớp thái dương hàm.
- Tổn thương lưỡi gà, mô mềm họng miệng.
- Bỏng: năng lượng của tia laser có thể gây bỏng da hoặc niêm mạc trong phẫu thuật, để phòng biến chứng này phải che phủ da, niêm mạc lành bằng bông ẩm.
- Cháy nổ: có thể xảy ra khi tia laser tiếp xúc với oxy trong đường thở hoặc ống nội khí quản, để phòng biến chứng này cần che chắn vùng ống nội khí quản bằng bông ẩm hoặc sử dụng loại ống chuyên dụng cho phẫu thuật laser.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu hốc mổ: là biến chứng thường gặp nhất, xử trí cầm máu tùy theo vị trí và mức độ chảy máu (theo quy trình kỹ thuật riêng).
- Phù nề họng miệng: dùng thuốc giảm viêm, chống phù nề.
- Nhiễm trùng hốc mổ, hoại tử mô, tổ chức: sử dụng kháng sinh phù hợp.
- Sụt cân, mệt mỏi, mất nước do đau nên bỏ ăn: cần có chế độ ăn và giảm đau phù hợp.

### 7.3. Tai biến muộn:

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maria V. S. Current Diagnosis and Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3rd Edition, Mc Graw Hill, New York. 2012; 362 – 368.
2. JoAnita J. et al. Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia. 2020; 95, 1430 – 1442.
3. Clint T. A. et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 7th Edition, Elsevier Sauders, Philadelphia. 2020; 61, 897 – 905.
4. Jake A., Arvind A. Lasers in Tonsillectomy: Revisited with Systematic Review, *Ear Nose and Throat Journal*. 2021;100(1S): 14 – 18.

# 84. NẠO VA GÂY TÊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo VA gây tê là thủ thuật lấy bỏ tổ chức lympho vòm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm VA tái phát nhiều lần.
- VA quá phát cản trở đường thở: gây ngủ ngáy, có cơn ngừng thở khi ngủ.
- Viêm VA gây biến chứng kế cận (ví dụ: viêm tai giữa cấp tái diễn, viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa mạn tính, xẹp nhĩ, viêm mũi xoang).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ hở hàm ếch.
- Lao sơ nhiễm.
- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường nạo VA cho trẻ khoảng trên 2 tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch mũi.
- Oxy già.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Gạc mũi, gạc vô khuẩn.
- Bông cầu có cột dây.
- Dây hút.
- Đèn trán.
- Bộ dụng cụ nạo VA.
- Hệ thống máy hút, ống hút.
- Đè lưỡi.

- Kẹp cong 20 cm.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước thủ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: Gây tê bằng xịt lidocaine 4%.
- Tư thế: trẻ được ngồi vào ghế, có người giữ đúng cách.

***6.1. Bước 1: Đánh giá VA***

- Đặt meche mũi tẩm thuốc co mạch.
- Mở miệng bằng Davis Boyle.`
- Quan sát, đánh giá, xác định giới hạn của VA.

***6.2. Bước 2: Nạo VA***

- Cho dụng cụ Moure hoặc La Force qua khỏi đáy lưỡi, đưa dụng cụ lên nóc vòm.

+ Dụng cụ Moure: ép dụng cụ vào nóc vòm và cúi xuống. Nạo ở giữa, sau đó nạo bên phải và nạo bên trái.
+ Dụng cụ La Force: mở miệng rổ, ấn La Force vào nóc vòm, đậy miệng rổ lại. VA được nạo. Phần VA vừa nạo nằm gọn trong rổ không thể gây biến chứng dị vật đường thở.

***6.3. Bước 3: Cầm máu***

- Dùng kẹp cong kẹp bông cầu có cột dây đưa vào vùng vòm, ép trong 5 phút. Sau đó lấy ra bằng cách kéo sợi dây.
- Kiểm tra chảy máu. Đè lưỡi trẻ, hút sạch máu, kiểm tra máu còn chảy từ trên xuống không. Nếu ổn, cho NGƯỜI BỆNH về giường và theo dõi.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương môi, răng, niêm mạc miệng: do đặt mở miệng.
- Chảy máu tại vị trí nạo VA: xử trí tùy mức độ.
- Trật khớp thái dương hàm.
- VA rơi xuống thanh quản trong lúc nạo với dụng cụ Moure.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: điều trị kháng sinh.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn chức năng vòi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. E N. Myers, K H. Snyderman (2017), Adenoidectomy. *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Chapter191, 1549 – 1554.
2. William P. Potsic, Robin T. Cotton, et al. (2016*)*, Adenoids.*Surgical Pediatric Otolaryngology*, seconde edition, Chapter18, 252 – 262.
3. Elzayat S, Elsherif H, Aouf M. Trans-oral endoscopic assisted radio-frequency for adenoid ablation; A randomized prospective comparative clinical study. *Auris Nasus Larynx*. 2021 Aug;48(4):710-717.
4. Nhan Trường Sơn (2016), Tai mũi họng nhập môn, Bài 37: Nạo VA, 247-249, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.

# 85. PHẪU THUẬT NẠO VA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ tổ chức lympho vòm dưới gây mê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm VA tái phát nhiều lần.
- VA quá phát cản trở đường thở: gây ngủ ngáy, có cơn ngừng thở khi ngủ.
- Viêm VA gây biến chứng kế cận (ví dụ: viêm tai giữa cấp tái diễn, viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa mạn tính, xẹp nhĩ, viêm mũi xoang).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ hở hàm ếch.
- Lao sơ nhiễm.
- Đang có viêm nhiễm cấp tính.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa nặng (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường nạo VA cho trẻ khoảng trên 2 tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch mũi.
- Oxy già.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Gạc mũi, gạc vô khuẩn.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ nạo VA.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ nạo VA: bộ thìa nạo VA Moure, dụng cụ nạo VA La Force.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Đánh giá VA**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Mở miệng bộc lộ hết toàn bộ họng miệng.
- Có thể đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.
- Quan sát, đánh giá, xác định giới hạn của VA.

**6.2. Bước 2: Nạo VA**

- Tiến hành nạo VA bằng dụng cụ thích hợp qua đường miệng.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Cầm máu**

- Bơm rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý.
- Cầm máu diện nạo VA bằng bông cầu tẩm oxy già trong 1 – 2 phút hoặc bằng ống hút đông điện.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tổn thương môi, răng, niêm mạc miệng: do đặt nội khí quản và đặt mở miệng.
- Tổn thương nẹp loa vòi và vòi nhĩ: cần quan sát rõ để nạo chính xác.

- Chảy máu tại vị trí nạo VA: xử trí tùy mức độ.
- Trật khớp thái dương hàm.
- Tổn thương mắt (thường tổn thương giác mạc).

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu sau mổ: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: điều trị kháng sinh.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Sẹo hẹp cửa mũi sau.
- Rối loạn chức năng vòi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E N. Myers, K H. Snyderman (2017). Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery, *Elsevier*, third edition, 191, 1549 – 1554.
2. William P. Potsic, Robin T. Cotton, et al. (2016*)*.Surgical Pediatric Otolaryngology, *Thieme*, second edition, 18, 252 – 262.
3. Elzayat S, Elsherif H, Aouf M (2021). Trans-oral endoscopic assisted radio-frequency for adenoid ablation; A randomized prospective comparative clinical study. *Auris Nasus Larynx*, 48 (4):710-717.

# 86. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG MÁY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ tổ chức lympho vòm dưới nội soi bằng sóng cao tần.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm VA tái phát nhiều lần.
- VA quá phát cản trở đường thở: gây ngủ ngáy, có cơn ngừng thở khi ngủ.
- Viêm VA gây biến chứng kế cận (ví dụ: viêm tai giữa cấp tái diễn, viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa mạn tính, xẹp nhĩ, viêm mũi xoang).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ hở hàm ếch chưa được phẫu thuật chỉnh hình.
- Viêm mũi họng cấp tính.

## 4. THẬN TRỌNG

- Có các bệnh lý nội ngoại khoa chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, suy thận, suy gan).
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường nạo VA cho trẻ khoảng trên 2 tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc vô khuẩn.
- Dây hút.
- Đầu nạo sóng cao tần.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ nạo VA.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy nạo VA bằng sóng cao tần.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Đánh giá VA**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Mở miệng bằng dụng cụ mở miệng.
- Đặt dây hút từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên nếu cần.
- Quan sát, đánh giá, xác định giới hạn của VA dưới nội soi.

**6.2. Bước 2: Nạo VA**

- Tiến hành nạo VA và cầm máu bằng sóng cao tần dưới nội soi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra hốc mổ**

- Bơm rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý, kiểm tra lại hốc mổ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương môi, răng, miệng: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương nẹp loa vòi và vòi nhĩ: cần quan sát rõ để nạo chính xác.
- Trật khớp thái dương hàm: nắn khớp thái dương hàm.

- Tổn thương mắt: xử trí theo chuyên khoa.
- Bỏng do bản cực máy cao tần.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Sẹo dính hốc mũi.
- Rối loạn chức năng vòi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kitirat U. (2017). Adenoidectomy. Eugens N. M. et al. *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, 1549 – 1554.
2. Sally R. S.(2016*)*. Adenoids.William P. et al. *Surgical Pediatric Otolaryngology*, second edition, Thieme, New York, 252 – 262.
3 .Elzayat S, Elsherif H., Aouf M. (2021). Trans-oral endoscopic assisted radio-frequency for adenoid ablation; A randomized prospective comparative clinical study. *Auris Nasus Larynx*, 48(4):710-717.

# 87. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO VA BẰNG PLASMA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ tổ chức lympho vòm dưới nội soi bằng dao plasma.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm VA tái phát nhiều lần.
- VA quá phát cản trở đường thở: gây ngủ ngáy, có cơn ngừng thở khi ngủ.
- Viêm VA gây biến chứng kế cận (ví dụ: viêm tai giữa cấp tái diễn, viêm tai giữa ứ dịch, viêm tai giữa mạn tính, xẹp nhĩ, viêm mũi xoang).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ hở hàm ếch chưa được phẫu thuật chỉnh hình.
- Viêm mũi họng cấp tính.

## 4. THẬN TRỌNG

- Có các bệnh lý nội ngoại khoa chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, suy thận, suy gan).
- Tuổi: không giới hạn nhưng thường nạo VA cho trẻ khoảng trên 2 tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch.

Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc vô khuẩn.
- Dây hút (nếu cần).
- Tay dao plasma kèm lưỡi nạo VA.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ nạo VA.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy nạo VA bằng dao plasma.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Đánh giá VA**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Mở miệng bằng dụng cụ mở miệng.
- Đặt dây hút từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên nếu cần.
- Quan sát, đánh giá, xác định giới hạn của VA dưới nội soi.

**6.2. Bước 2: Nạo VA**

- Tiến hành nạo VA và cầm máu bằng dao plasma dưới nội soi.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra hốc mổ**

Bơm rửa hốc mổ bằng nước muối sinh lý, kiểm tra lại hốc mổ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương môi, răng, miệng: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương nẹp loa vòi và vòi nhĩ: cần quan sát rõ để nạo chính xác.
- Trật khớp thái dương hàm: nắn khớp thái dương hàm.

- Tổn thương mắt: xử trí theo chuyên khoa.
- Bỏng do bản cực dao plasma.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Sẹo dính hốc mũi.
- Rối loạn chức năng vòi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kitirat U. (2017). Adenoidectomy. Eugens N. M. et al. *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, 1549 – 1554.
2. Sally R. S.(2016*)*. Adenoids.William P. et al. *Surgical Pediatric Otolaryngology*, second edition, Thieme, New York, 252 – 262.
3. Elzayat S, Elsherif H., Aouf M. (2021). Trans-oral endoscopic assisted radio-frequency for adenoid ablation; A randomized prospective comparative clinical study. *Auris Nasus Larynx*, 48(4):710-717.

# 88. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO VA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng phương tiện dụng cụ để cầm máu tại diện nạo VA dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu tại hốc mổ nạo VA mà các phương pháp cầm máu đơn giản khác không hiệu quả.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá tình trạng mất máu để phối hợp hồi sức và truyền máu.
- Tránh nguy cơ sặc vào đường thở lúc gây mê.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch mũi.
- Dung dịch oxy già 3%.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc vô khuẩn.
- Vật tư cầm máu: đông điện hoặc đầu nạo VA bằng sóng cao tần (nếu có).
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và/hoặc không tiêu (nếu cần).
- Bộ dụng cụ nạo VA.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống dao điện.
- Máy sóng cao tần (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH**

- Vô cảm**:** gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa

**6.1. Bước 1**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Mở miệng bằng dụng cụ mở miệng.
- Đặt dây hút từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên nếu cần.

**6.2. Bước 2**

- Nội soi để tìm điểm chảy máu.
- Cầm máu điểm chảy hốc mổ bằng: bấc tẩm oxy già hoặc đông điện hoặc sóng cao tần.
- Trường hợp cầm máu không thành công có thể thực hiện phối hợp đặt vật liệu cầm máu tự tiêu và/hoặc không tiêu (được thực hiện theo quy trình riêng).

**6.3. Bước 3**

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra lại hốc mổ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Sặc dịch vào đường thở lúc gây mê: người phụ hút dịch miệng họng khi gây mê.
- Sốc giảm thể tích tuần hoàn: bù dịch, truyền máu.
- Tổn thương môi, răng, miệng: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương nẹp loa vòi và vòi nhĩ: cần quan sát rõ để nạo chính xác.
- Trật khớp thái dương hàm: nắn khớp thái dương hàm.
- Tổn thương mắt: xử trí theo chuyên khoa.
- Bỏng do bản cực máy cao tần.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tái phát: xử trí theo mức độ.
- Thiếu máu: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ:kháng sinh.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Sẹo dính hốc mũi.
- Rối loạn chức năng vòi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kitirat U. (2017). Adenoidectomy. Eugens N. M. et al. *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, 1549 – 1554.
2. Sally R. S.(2016*).* Adenoids.William P. et al. *Surgical Pediatric Otolaryngology*, second edition, Thieme, New York, 252 – 262.
3. Tomkinson A, Harrison W, Owens D et al (2012). Postoperative hemorrhage following adenoidectomy. *Laryngoscope.*122(6):1246-53.

# 89. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG HỌNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ nang họng miệng dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang ở vị trí họng miệng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính vùng họng miệng
- Há miệng hạn chế

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Người bệnh có răng giả, răng bọc, răng yếu cần giải thích nguy cơ gãy răng, mẻ răng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ
- Bông.
- Gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật họng miệng.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy laser nếu có.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01-02 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1**

- Dùng dụng cụ mở miệng, bộc lộ toàn bộ khối nang.

**6.2. Bước 2**

- Dùng dụng cụ (ví dụ: dao phẫu thuật, laser, dao điện đơn cực) rạch quanh khối nang, thường theo hình elip.

**6.3. Bước 3**

- Dùng phẫu tích kéo nang khỏi vùng rìa, bóc tách tổ chức nang, cắt nang bằng dụng cụ (ví dụ: dao phẫu thuật, dao điện, laser, kéo) đảm bảo lấy hết tổ chức nang.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4**

- Cầm máu và khâu phục hồi nếu cần.

**6.5. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu sau phẫu thuật: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh phổ rộng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen R. H and Kay W. C (2014). Pharyngitis. Jonas T, Clark A. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology,* Wolters Kluwer, Philadenphia,fifth edition,vol 1 (52), 757-769.

2. Alexandra K, Jason G. N, (2017). Transoral and Robotic Tonsil Surgery for Cancers of the Base of the Tongue and Pharynx. Eugene N. M, Carl H. S , *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, Elsevier, Philadenphia, third edition, 256 - 265.

3. Allon I, Kaplan I, Gal G, et al. (2014). The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 19(5):e438-e443.

# 90. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/HỐ LƯỠI THANH THIỆT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ nang hạ họng/ hố lưỡi thanh thiệt qua soi treo hạ họng trực tiếp.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối nang ở vị trí hạ họng, hố lưỡi thanh thiệt, sụn nắp thanh thiệt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định đặt càng soi treo thanh quản: dị tật hàm mặt, gù vẹo cột sống.
- Bệnh lý toàn thân không thể gây mê phẫu thuật được.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có răng giả, răng bọc, răng yếu cần giải thích nguy cơ gãy răng, mẻ răng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ soi treo hạ họng.
- Bộ dụng cụ vi phẫu hạ họng.
- Kính hiển vi hoặc bộ nội soi thanh quản.
- Dao điện đơn cực cho vùng hạ họng, hố lưỡi thanh thiệt,
- Máy laser.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1**

- Đặt càng soi treo hạ họng.

**6.2. Bước 2**

- Đánh giá dưới kính hiển vi và/hoặc optic (0 độ, 30 độ, 70 độ) thanh quản, bộc lộ rõ toàn bộ khối nang, chân bám khối nang.

**6.3. Bước 3**

- Dùng dụng cụ vi phẫu hoặc laser, dao điện đơn cực bóc tách, cắt bỏ khối nang.

**6.4. Bước 4**

- Cầm máu kỹ bằng bông tẩm thuốc co mạch hoặc dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh phổ rộng.
- Khó thở: xử trí điều trị nội khoa hoặc mở khí quản nếu cần.
- Chấn thương răng, nặng thêm tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm: xử trí hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nắn chỉnh qua nội soi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Craig R. V and Melissa M. S (2014). Infection, Infiltration, and Benign Neoplasms of the Larynx. Jonas T, Clark A, *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, Wolters Kluwer, Philadenphia, fifth edition,vol 1 (67), 978 - 988.

2. Alexandra K, Jason G. N, (2017). Transoral and Robotic Tonsil Surgery for Cancers of the Base of the Tongue and Pharynx. Eugene N. M, Carl H. S , *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery,* Elsevier, Philadenphia, third edition, 256 - 265.
3. Lahiri AK, Somashekar KK, Wittkop B, et al (2018). Large Vallecular Masses; Differential Diagnosis and Imaging Features. *J Clin Imaging Sci*, 8:26.

# 91. PHẪU THUẬT TÁCH DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ phần màng dính tại mép trước dây thanh 2 bên, phục hồi chức năng thở và phát âm cho người bệnh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dính mép trước dây thanh do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải gây rối loạn hô hấp hoặc phát âm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chức năng hô hấp và phát âm trong giới hạn bình thường.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).
- Người bệnh có bất thường về cột sống cổ (ví dụ: thoái hóa đốt sống cổ, tiền sử chấn thương hoặc đã phẫu thuật cột sống cổ).
- Chưa kiểm soát tốt tình trạng trào ngược họng thanh quản.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc ức chế sẹo dính.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Vật liệu tách dính.
- Bộ soi treo vi phẫu thanh quản.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu thanh quản.
- Bộ Laser CO2 (nếu có).
- Kính hiển vi phẫu thuật (nếu có).
- Bộ nội soi phẫu thuật.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1,5 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê toàn thân.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ mép trước**

- Dùng ống soi thanh quản có bộc lộ mép trước thanh quản, đánh giá tổn thương.

**6.2. Bước 2: Tách dính mép trước**

- Dùng kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu cắt bỏ màng dính ở sát bờ tự do hai bên dây thanh từ sau ra tới tận mép trước, cắt phẳng sát bờ tự do, cầm máu. Có thể sử dụng thiết bị Laser CO2 thay cho kẹp và kéo vi phẫu.

**6.3. Bước 3: Đặt thuốc ức chế sẹo dính hoặc đặt vật liệu chống dính**

- Đặt thuốc ức chế sẹo dính tại diện cắt để chống dính. Làm sạch vị trí đã đặt thuốc bằng nước muối 9%.
- Đặt mảnh vật liệu chống dính tại vị trí vừa tách dính, cố định phía ngoài sụn giáp bằng chỉ khâu.

**6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc ức chế sẹo dính: xử trí theo phác đồ xử trí dị ứng và phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tái phát hoặc nặng thêm tình trạng dính mép trước dây thanh: xử trí tiếp tục tách dính theo quy trình như trên.

- Di lệch vật liệu chống dính: xử trí đặt lại vào vị trí cũ.
- Hình thành tổ chức hạt tại vị trí đặt vật liệu chống dính: xử trí tháo vật liệu chống dính, cắt tổ chức hạt, thuốc chống trào ngược.
- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A. Rosen, C. Blake Simpson (2008). Operative Techniques in Laryngology. *Anterior Glottic Web*, Springer, p159-164.
2. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh Tai Mũi Họng (2012) – Nhà xuất bản Y học, p255 -257.
3. Fussey JM, Borsetto D, Pelucchi s, et al. Surgical management of acquired anterior glottic web: a systematic review. J Laryngol Otol. 2019; 133(10), p867- 874.

# 92. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH DÂY THANH CÓ TẠO VẠT NIÊM MẠC

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ màng dính mép trước dây thanh có tạo vạt niêm mạc nhằm mục đích không để tiếp xúc biểu mô niêm mạc mép trước của dây thanh hai bên với nhau.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Dính mép trước dây thanh do các nguyên nhân: bẩm sinh hay mắc phải (ví dụ: sau chấn thương, phẫu thuật thanh quản, đặt nội khí quản, viêm nhiễm, xạ trị, trào ngược).
- Mức độ I, II theo phân loại Cohen: dính dạng màng, không phối hợp tổn thương hạ thanh môn.
- Có rối loạn giọng nói (ví dụ: khàn tiếng, không rõ âm sắc, hụt hơi) hoặc tắc nghẽn đường thở.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dính mép trước dây thanh không có rối loạn chức năng nói hoặc tắc nghẽn đường thở.
- Trào ngược họng – thanh quản chưa được kiểm soát.
- U nhú tái phát đường hô hấp đang hoạt động mà không có hẹp đường thở.
- Bệnh lý toàn thân không thể gây mê phẫu thuật được.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Bông.
- Chỉ khâu vi phẫu

- Bộ dụng cụ soi treo thanh quản.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Kính hiển vi hoặc bộ nội soi thanh quản (0 độ, 30 độ, 70 độ).
- Bộ khâu cố định niêm mạc thanh quản.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1**

- Đặt càng soi treo thanh quản bộc lộ vùng mép trước dây thanh.

**6.2. Bước 2**

- Đánh giá dưới kính hiển vi và/hoặc optic (0 độ, 30 độ, 70 độ) thanh quản mức độ tổn thương: mức độ dính, độ dày màng dính.

**6.3. Bước 3**

***Tách màng dính mép trước dây thanh có tạo vạt niêm mạc 1 bên**

- Rạch màng dính theo bờ tự do 1 bên dây thanh để tạo vạt. Giải phóng hoàn toàn màng dính đến mép trước (dụng cụ vi phẫu thanh quản hoặc laser).
- Làm mới lớp biểu mô mặt dưới của vạt.
- Khâu vạt che phủ bề mặt dây thanh 1 bên bằng chỉ tự tiêu.

***Tách màng dính mép trước dây thanh có tạo vạt niêm mạc 2 bên**

- Tiêm 0,1 - 0,2ml dung dịch adrenalin pha loãng với NaCl 0,9% vào màng dính để tách lớp và cầm máu.
- Rạch dọc lớp biểu mô phía trên của màng dính theo bờ tự do một bên dây thanh tạo vạt biểu mô trên. Nâng vạt biểu mô trên về cùng bên. Rạch dọc lớp màng phía dưới theo bờ tự do dây thanh bên đối diện tạo vạt biểu mô dưới.

- Vạt biểu mô được khâu với dây thanh cùng bên:

+ Vạt biểu mô phía dưới sẽ được khâu với bề mặt phía trên dây thanh.

+ Vạt biểu mô phía trên sẽ được khâu với bề mặt phía dưới dây thanh.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do phù nề thanh quản cấp: khí dung tại chỗ, tiêm corticosteroid. Nếu điều trị nội khoa không đáp ứng, khó thở thanh quản độ II, xét mở khí quản cấp cứu.
- Chấn thương răng, nặng thêm tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm: xử trí hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nắn chỉnh qua nội soi.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: xử trí điều trị kháng sinh phổ rộng.

### 7.3. Di chứng

- U hạt thanh môn: xử trí điều trị nội khoa, chống trào ngược.
- Dính mép trước dây thanh tái phát sau phẫu thuật: xử trí: xét phẫu thuật lại theo phương pháp khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip A. W and Albert L M(2014), Upper Airway Stenosis: Evaluation and Management. Jonas T, Clark A. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, Wolters Kluwer, Philadenphia,fifth edition,vol 1 (62), 879-895.
2. Clark A, Simpson B (2008), Anterior Glottic Web. *Operative Techniques in Laryngology*, II,Springer, Berlin, 159-164.
3. Libby J. S, Ricardo C, (2017), Acquired Laryngeal Stenosis. Myer E N, SnydermanK H, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, Elsevier, Philadenphia, third edition, (10), 60 - 82.

# 93. PHẪU THUẬT NỘI SOI TĂNG THỂ TÍCH DÂY THANH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng mỡ tự thân hoặc chất làm đầy tiêm vào dây thanh với mục đích làm tăng thể tích dây thanh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị khe hở thanh môn do yếu hoặc liệt một bên dây thanh, teo dây thanh.
- Điều trị tình trạng hở mép sau thanh môn sau chỉnh hình sụn giáp.
- Điều trị khe hở thanh môn do khuyết thiếu mô của dây thanh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khe hở thanh môn > 3mm.
- Người bệnh dị ứng với các vật liệu tiêm vào dây thanh.
- Người bệnh có bất thường về cột sống cổ như thoái hóa đốt sống cổ, tiền sử chấn thương hoặc đã phẫu thuật cột sống cổ.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Chất làm đầy.
- Bộ nội soi thanh quản ống cứng.
- Bộ dụng cụ lấy mỡ.
- Bộ dụng cụ tiêm (bơm) mỡ, chất làm đầy.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Máy ly tâm.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1,5 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật,phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây tê hoặc gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

6.1 Bước 1: Lấy và xử trí mỡ tự thân.

- Lấy mỡ bụng bằng phương pháp rạch da hoặc dụng cụ hút mỡ dưới da.
- Xử trí mỡ: loại bỏ acid béo tự do, hồng cầu và huyết thanh bằng phương pháp ly tâm bằng máy hoặc thực hiện thủ công.
- Nếu không sử dụng mỡ tự thân làm vật liệu tiêm sẽ không thực hiện bước này.

6.2. Bước 2: Bộc lộ thanh quản .

- Đặt ống soi thanh quản cứng bộc lộ thanh quản.

6.3. Bước 3: Tiêm mỡ hoặc chất làm đầy vào dây thanh.

- Dưới quan sát của kính hiển vi hoặc nội soi, thực hiện tiêm ở mặt trên của dây thanh với độ sâu từ 3-5mm, cách bờ tự do dây thanh 2mm. Vị trí tiêm thứ 1 ở ngang mức đỉnh của mỏm thanh âm với thể tích vật liệu từ 0,1 đến 0,2ml. Vị trí tiêm thứ 2 và thứ 3 lần lượt ở 1/2 giữa và 1/3 trước của dây thanh với thể tích vật liệu là 0,1 ml. Lưu ý nếu sử dụng vật liệu là mỡ tự thân, vị trí tiêm sẽ tương ứng với ngang với mức đỉnh của mỏm thanh âm và 1/2 giữa của dây thanh.
- Trong trường hợp khuyết mô dây thanh, thực hiện tiêm dưới niêm mạc tại vị trí khuyết.

6.4. Bước 4: Kiểm tra lại thanh quản.

- Quan sát dây thanh can thiệp có tình trạng phù nề, chảy máu hoặc rò rỉ chất làm đầy hay không.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nội soi thanh quản đặt lại khớp nhẫn phễu.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Phù nề thanh quản do dị ứng với chất làm đầy hoặc nhiễm trùng tại vị trí tiêm có thể dẫn đến khó thở thanh quản. Xử trí: thở oxy, kháng sinh, corticosteroid đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch nếu không cải thiện tiến hành đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A. Rosen, C. Blake Simpson (2008). Laryngeal Injection Techniques, *Operative Techniques in Laryngology*, Springer, p197-219.
2. George Mochloulis, F. Kay Seymour (2014). Vocal fold Injection,*ENT and Head and Neck Procedures An Operative Guide*, CRC Press, p77-78.
3. Benninger MS, Hanick AL, Nowacki AS (2016). Augmentation Autologous Adipose Injections in the Larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*;125: p25–30.

# 94. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THANH QUẢN ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH MỘT BÊN TƯ THẾ MỞ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị liệt dây thanh 1 bên tư thế mở, giúp cải thiện việc đóng thanh môn bằng cách sử dụng vật liệu cấy ghép để thay đổi vị trí dây thanh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt dây thanh 1 bên tư thế mở không có khả năng phục hồi và có ảnh hưởng đến chức năng thanh quản (ví dụ: mất tiếng, hít sặc).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý ác tính vùng thanh khí quản.
- Dây thanh bên đối diện mở kém.
- Liệt dây thanh 1 bên tư thế mở dưới 6 tháng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Vật liệu cấy ghép (ví dụ: silastic, gore-tex).
- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lưỡi dao phẫu thuật, chỉ khâu các loại.
- Bơm tiêm, dây truyền.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ nội soi thanh quản ống mềm.
- Máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây tê.

+ Mũi: đặt bấc thấm thuốc tê và thuốc co mạch.

+ Tiêm tại chỗ bằng thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Đặt ống nội soi mềm quan sát thanh quản.

**6.2. Bước 2:Bộc lộ toàn bộ cánh sụn giáp bên tổn thương**

- Rạch da ngang phần giữa sụn giáp dài 5-6 cm.
- Mở theo đường trắng giữa, bóc tách cơ dưới móng và màng sụn giáp bên tổn thương vén sang bên, bộc lộ cánh sụn giáp.
- Cắt cơ ức giáp bộc lộ toàn bộ bờ dưới cánh sụn giáp.

**6.3. Bước 3: Mở cửa sổ sụn giáp**

- Mở cửa sổ sụn giáp. Kích thước cửa sổ thay đổi tùy theo loại vật liệu cấy ghép.
- Bộc lộ màng trong cánh sụn giáp, bóc tách và đặt dụng cụ để làm rộng không gian giữa sụn và màng sụn phía trong.

**6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép**

- Đặt mảnh ghép qua cửa sổ vào đúng vị trí.
- Kiểm tra lại giọng người bệnh và quan sát thanh quản bằng ống soi mềm để điều chỉnh mảnh ghép.

**6.5. Bước 5: Kiểm tra cầm máu**

Cầm máu và đóng vết mổ theo các lớp.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Rách thủng thanh quản: xử trí khâu phục hồi thanh quản.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề: điều trị tại chỗ và toàn thân để giảm phù nề, mở khí quản theo quy trình mở khí quản nếu cần.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Mảnh ghép không đúng vị trí: Mở lại vết mổ đưa mảnh ghép về đúng vị trí.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A., Simpson B. (2008). Silastic Medialization Laryngoplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis,*Operative Techniques in Laryngology*, Springer, Berlin Heidelberg, 241 – 251.
2. Ricardo L. Carrau (2017). Intraoperative Medialization Laryngoplasty, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 33 - 37.

# 95. PHẪU THUẬT TREO SỤN PHỄU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật đưa sụn phễu 1 bên ra ngoài đường giữa giúp mở rộng thanh môn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt dây thanh hai bên tư thế khép không tiến triển từ 6 tháng trở lên gây khó thở.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt dây thanh 2 bên sau phẫu thuật dưới 6 tháng.
- Bệnh lý thần kinh đang tiến triển nhanh.
- Có biểu hiện hít sặc.
- Xạ trị vùng cổ/ thanh quản trước đó.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên).
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ soi thanh quản.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực
- hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên

- lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1,5 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Nếu người bệnh có khó thở thanh quản từ độ II trở lên, nên mở khí quản trước.
- Vô cảm: gây mê qua ống nội khí quản hoặc ống mở khí quản nếu người bệnh đã mở khí quản.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, kê gối dưới vai, đầu hơi nghiêng về bên đối diện. Phẫu thuật viên đứng bên phẫu thuật, phụ mổ thứ 1 đứng đối diện với phẫu thuật viên, phụ mổ thứ 2 đứng phía trên đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da theo đường ngang cổ ngang mức sụn giáp 1 bên.
- Rạch tổ chức dưới da, cơ bám da cổ và cân cổ nông.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ sụn giáp**

- Cắt cơ vai móng và buộc các mạch máu mà phần lớn là nhánh của động mạch giáp trạng trên.
- Giải phóng bờ sau cánh sụn giáp bằng cách cắt cơ siết họng dưới, có thể cắt cơ liên phễu, nhẫn phễu sau.
- Bộc lộ bờ sau cánh sụn giáp.

**6.3. Bước 3**

- Cắt khớp nhẫn phễu và giải phóng sụn phễu.

**6.4. Bước 4**

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

**6.5. Bước 5**

- Cầm máu, đặt dẫn lưu kín.

**6.6. Bước 6**

- Khâu phục hồi các bình diện.

**6.7. Bước 7**

- Soi thanh quản đánh giá độ rộng thanh môn: cần tối thiểu > 3mm.

**6.8. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.
- Ăn sặc: tập ăn, phục hồi chức năng nuốt.

### 7.3. Di chứng

Thanh môn chưa đủ rộng hoặc hẹp tái phát: phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh ,chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học; 2012, 262-264.
2. Brian. B. Burkey MD, Steven L.Goudy MD, Sarah L.Rohde MD. Airway Control and Laryngotracheal Stenosis in Adults,*Ballengers Otolaryngology Head and Neck Surgery 17$^{th}$ Ed*; p903-912.
3. Hans F Mahieu, Classification of Laryngoplasty; *Sataloff's Comprehensive Textbook of Otolaryngology- Head and Neck Surgery*, Micheal.S Benninger- Otolaryngology- Jaypee Brother Medical Pub- 2015;p777-790.

# 96. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN LẤY BỎ TỔN THƯƠNG DÂY THANH BẰNG ỐNG SOI CỨNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản cắt bỏ các tổn thương (ví dụ: polyp, hạt xơ, viêm dày dây thanh) bằng dụng cụ vi phẫu thanh quản nhằm phục hồi lại chức năng phát âm bình thường cho người bệnh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý tổn thương (polyp, hạt xơ, viêm dày) dây thanh không đáp ứng với điều trị nội khoa.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định đặt càng soi treo thanh quản (ví dụ: dị tật hàm mặt, gù vẹo cột sống).
- Bệnh lý toàn thân không thể gây mê phẫu thuật được.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có răng giả, răng bọc, răng yếu cần giải thích nguy cơ gãy răng, mẻ răng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Bông.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ soi treo thanh quản.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Kính hiển vi hoặc bộ nội soi thanh quản.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

### 5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ vùng tổn thương.

### 6.2. Bước 2

- Đánh giá dưới kính hiển vi và/hoặc optic (0 độ, 30 độ, 70 độ) thanh quản: bộc lộ thanh quản tới sát tận mép trước, bộc lộ rõ tổn thương dây thanh (ví dụ: polyp, hạt xơ, viêm dày), đánh giá tổn thương.

### 6.3. Bước 3

- Dùng kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu bóc tách, cắt bỏ tổn thương, không làm tổn thương lớp dây chằng thanh âm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4

- Cầm máu kỹ bằng bông tẩm thuốc co mạch adrenaline 0,1%.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Tổn thương răng: xử trí tùy mức độ.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nắn chỉnh qua nội soi.
- Chấn thương cột sống cổ: xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Sẹo dây thanh: xử trí vi phẫu tách sẹo dây thanh.
- Dính mép trước dây thanh: xử trí phẫu thuật tách dính khi có chỉ định.
- Rối loạn giọng sau phẫu thuật. xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. John W I and Clark A R (2014), Benign Vocal Fold Lesions and Phonomicrosurgery. Jonas T, Clark A.*Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, Wolters Kluwer, Philadenphia, fifth edition,vol 1 (68), 989 - 1004.
2. Robert W B, Melissa L. W (2020), Benign Vocal Fold Mucosal Disorders. Paul W.F et al (2020). *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Elsevier, Philadenphia, seventh edition, V (60), 868 – 887.
3. Clark A, Simpson B (2008), Vocal Fold Polyp, vocal fold nodules, Vocal Fold Cyst and Vocal Fold Fibrous Mass. *Operative Techniques in Laryngology*, II, 99-109.
4. Clark A. R, Libby J S (2017), Phonomicrosurgery for Benign Vocal Fold Lesions. Eugene N M, Carl H S, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, Elsevier, Philadenphia, third edition, (2), 6 - 14.

# 97. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU THANH QUẢN LẤY BỎ TỔN THƯƠNG DÂY THANH BẰNG ỐNG SOI MỀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi cắt bỏ tổn thương lành tính dây thanh bằng ống soi mềm có kênh và dây sinh thiết để lấy toàn bộ tổn thương dây thanh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương lành tính dây thanh không tiếp cận được bằng ống soi cứng.
- Bất thường về cột sống như gù, vẹo cột sống không nằm ngửa hoặc ngửa cổ được.
- Bất thường về giải phẫu họng, hạ họng như cổ ngắn, nắp thanh thiệt cụp gây khó khăn bộc lộ dây thanh khi soi thanh quản trực tiếp bằng ống cứng.
- Bệnh lý toàn thân không thể gây mê phẫu thuật được.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tiền sử dị ứng thuốc gây tê.
- Bệnh lý toàn thân không gây tê được (ví dụ: hen phế quản, lao phổi đang tiến triển, suy tim nặng).

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm.
- Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Băng, gạc, bông.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi thanh quản ống mềm.
- Bộ pince dây.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện phẫu thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện**

Phòng phẫu thuật - thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm**:** đặt bông thấm thuốc co mạch và thuốc tê vào hai hốc mũi. Gây tê tại chỗ họng, hạ họng, thanh quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh**:** ngồi trên ghế khám, lưng và đầu thẳng.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn thương**

- Đưa ống nội soi mềm qua mũi xuống thanh quản, bộc lộ tổn thương.

**6.2. Bước 2: Cắt tổn thương**

- Dùng pince dây sinh thiết đưa qua kênh làm việc của ống nội soi để cắt tổn thương.
- Có thể cắt một hoặc nhiều lần cho đến khi lấy hết hoàn toàn khối u, làm phẳng bờ tự do dây thanh, chú ý không làm tổn thương lớp dưới niêm mạc và cơ dây thanh.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra cầm máu (nếu có chảy máu).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật**

- Ngộ độc các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình ngộ độc thuốc tê.
- Phản xạ co thắt thanh quản: sử dụng các thuốc toàn thân và tại chỗ điều trị co thắt thanh quản.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột: xử trí theo quy trình cấp cứu ngừng tim.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

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

### 7.3. Di chứng:

- Sẹo dây thanh: xử trí vi phẫu tách sẹo dây thanh.
- Dính mép trước dây thanh: xử trí phẫu thuật tách dính khi có chỉ định.
- Rối loạn giọng sau phẫu thuật. xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A, Simpson B (2008), Videostroboscopy and Dynamic VoiceEvaluation with Flexible Laryngoscopy. *Operative Techniques in Laryngology*, II, 17-20.
2. Vasconcelos D, Gomes A, Araújo C (2019). Vocal Fold Polyps: Literature Review. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 23(01), 116–124.
3. Wang C.-T., Liao L.-J., Huang T.-W, et al (2015). Comparison of treatment outcomes of transnasal vocal fold polypectomy versus microlaryngoscopic surgery. Comparing Treatment Outcomes of Transnasal VFP Versus MLS. *The Laryngoscope*, 125(5), 1155–1160.
4. Nguyễn Thị Thanh (2012), *Nghiên cứu hình thái lâm sàng qua nội soi, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật polyp dây thanh qua nội soi ống mềm.* Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

# 98. NỘI SOI THANH QUẢN CHẤM THUỐC CHỐNG DÍNH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp đưa thuốc trực tiếp lên bề mặt diện tách sẹo dính ở thanh quản qua đường nội soi nhằm mục đích ngăn chặn, hạn chế hình thành sẹo dính thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Phối hợp trong hoặc sau phẫu thuật nội soi tách dính thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương có lộ màng sụn.
- Tiền sử dị ứng với thuốc chống dính.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên).
- Các bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử dị ứng).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc chống dính tại chỗ.
- Thuốc tê thấm tại chỗ (nếu sử dụng phương pháp gây tê).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bông, băng gạc.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 02 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ diện tổn thương thanh quản cần chấm thuốc chống dính.
- Nếu diện tổn thương có giả mạc thì loại bỏ giả mạc.

### 6.2. Bước 2:Chấm thuốc chống dính

- Dùng kẹp cặp bông tẩm thuốc chống dính chấm vào diện tổn thương, thời gian khoảng 4 - 5 phút.
- Không được chấm thuốc vào vùng tổn thương lộ màng sụn.

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Rách trụ amidan: khâu phục hồi.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.
- Dị ứng thuốc: xử trí tùy theo mức độ (theo phác đồ dị ứng thuốc).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith L.J, Carrau R. (2017). Acquired Laryngeal Stenosis, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, Philadenphia,1, 306 – 370.

2. Rosen C.A., Simpson C.B. (2008). Subglottic/Tracheal Stenosis: Laser/Endoscopic Management, *Operative Techniques in Laryngology*, first edition, Springer, Berlin, 181 – 190.

3. Weisslwod P.A., Merati A.L. (2014).Upper Airway Stenosis: Evaluation and Management, *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition,Lippincott WW,Philadenphia, (1), 879 – 893.

4. Monier P. (2011). Acquired Post-Intubation and Tracheostomy-Related Stenoses, *Pediatric Airway Surgery Management of Laryngotracheal Stenosis in Infants and Children,* Springer, Berlin, 183 – 193.

# 99. PHẪU THUẬT NỘI SOI VI PHẪU BÓC NẤM THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi vi phẫu thanh quản bóc tổ chức nấm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương nấm thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống (ví dụ: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi).
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản độ II, III.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch adrenalin.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ soi treo thanh quản.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Kính hiển vi phẫu thuật hoặc bộ nội soi thanh quản.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi vào bộc lộ toàn bộ thanh quản từ mép trước tới mép sau.

**6.2. Bước 2**: **Đánh giá tổn thương**

- Dưới kính hiển vi phẫu thuật và/hoặc optic thanh quản: tiến hành quan sát tổn thương dây thanh, đánh giá tổn thương.

**6.3. Bước 3: Bóc tổ chức nấm**

- Dùng kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu bóc tách tổ chức nấm (gửi mô bệnh học), đảm bảo không tổn thương lớp dây chằng thanh âm. Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Kiểm tra cầm máu**

- Cầm máu kỹ bằng bông tẩm Adrenalin.

**6.5. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.

- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nội soi thanh quản đặt lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Sốt cao, tím tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenaline 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

**7.3. Biến chứng muộn:**

- Sẹo dây thanh: xử trí tùy mức độ.
- Dính mép trước dây thanh: xử trí tùy mức độ.
- Rối loạn giọng: luyện giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Jonas T., Clark A. (2014). *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition,vol 1 (68), p989 - 1004.
2. Paul W.Flint, H W. Francis, B H. Haughey (2020). *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*, seventh edition, V (60), p868 – 887.
3. Clark A., Simpson B. (2008). *Operative Techniques in Laryngology*, II, p99-109.
4. E N. Myers, K H. Snyderman (2017), *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, (2), p6 - 14.

# 100. PHẪU THUẬT NỘI SOI TIÊM THUỐC VÀO U HẠT THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị u hạt thanh quản qua nội soi có bơm thuốc trực tiếp vào khối u.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U hạt thanh quản tái phát.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống (ví dụ:lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi).
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản độ II, III.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tiêm u hạt thanh quản: corticosteroid giải phóng chậm, tác dụng kéo dài.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bơm tiêm, kim bướm.
- Bộ ống soi thanh quản ống cứng, bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu thanh quản.
- Bộ dụng cụ chuyên biệt với kim tiêm chuyên biệt để tiêm thuốc vào u hạt thanh quản.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai hoặc nằm nghiêng một chân co một chân duỗi, mặt hướng về phía phẫu thuật viên, miệng ngậm dụng cụ mở miệng.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn nắp thanh thiệt, sụn phễu, dùng ống soi nâng nhẹ sụn nắp thanh thiệt để bộc lộ toàn bộ thanh quản từ mép trước tới mép sau, bộc lộ rõ khối u hạt.

**6.1. Bước2: Đánh giá tổn thương**

Quan sát phần mấu thanh, giới hạn, chân bám khối u hạt.

**6.2. Bước3: Tiêm thuốc vào u hạt**

- Dùng kim tiêm chuyên biệt, đưa dần mũi tiêm tới tổ chức u hạt, thực hiện tiêm vào vị trí u.

**6.3. Bước4: Kiểm tra và cầm máu**

**6.4. Bước5: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí nội soi thanh quản đặt lại khớp nhẫn phễu.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Sốt cao, tím tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenaline 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ballenger, W. L. (2009). Ballengers Otolaryngology Head and Neck Surgery. People's Medical Publishing House.
2. Behrbohm, H., Kaschke, O., Nawka, T., & Swift, A. (2009). Ear, Nose, and Throat Diseases with Head and Neck Surgery. Thieme.
3. Cohen, J. I., & Clayman, G. L. (2011). Atlas of Head and Neck Surgery. Elsevier.
4. Myers, E., & Snyderman, C. (2017). *Operative Otolaryngology, Head and Neck Surgery* (3rd ed.). Elsevier.

# 101. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHÚ THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi thanh quản nhằm lấy bỏ tổ chức u nhú ở thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán u nhú lành tính thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Dung dịch adrenalin 0,001.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bơm tiêm, dây truyền.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Kính hiển vi hoặc máy nội soi tai mũi họng.
- Bộ vi phẫu thanh quản.
- Hệ thống cắt - hút nội soi microdebrider nếu cần.
- Trong trường hợp phẫu thuật sử dụng laser cần thêm ống soi treo, ống nội khí quản chuyên dùng cho laser, kính hiển vi tích hợp laser, máy laser.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1**

- Đặt ống soi treo thanh quản. Trong trường hợp sử dụng laser, đặt ống soi chuyên dùng cho laser, đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh, che phủ toàn bộ vùng mặt bởi gạc ẩm, đặt bông tẩm nước muối sinh lý che kín hạ thanh môn.

**6.2. Bước 2**:Đánh giá tổn thương u nhú bằng kính hiển vi hoặc optic 0 độ, 30 độ, 70 độ.

**6.3. Bước 3**

- Lấy bỏ u nhú, tùy từng điều kiện, bệnh tích và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, có thể lựa chọn các dụng cụ để lấy tổ chức u nhú như: bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản, Hệ thống cắt - hút nội soi microdebrider hay laser.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4:** Cầm máu

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Cháy nổ do laser: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.
- Thủng bóng chèn nội khí quản: thay ống nội khí quản.
- Gãy răng, lung lay răng hoặc sứt mẻ răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: cầm máu hoặc khâu trụ amidan nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Khó thở do phù nề: điều trị tại chỗ và toàn thân để giảm phù nề.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Sẹo dính thanh quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A., Simpson B. (2008). Surgical Treatment of Recurrent Respiratory Papillomatosis of the Larynx, *Operative Techniques in Laryngology*, first edition, Springer, Berlin Heidelberg , 129 – 134.
2. Thomas L. Carroll, Anju Patel (2017), Recurrent Respiratory Papillomatosis, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, Philadelphia, 15-19.

# 102. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THANH QUẢN BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng tia laser qua đường miệng lấy bỏ các khối u lành tính thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không gây mê được.
- Các bất thường cột sống (ví dụ: gù vẹo, lao cột sống cổ không nằm ngửa được theo tư thế soi treo).

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên).
- Các bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch adrenaline 0,1%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Máy laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật + bộ gá.
- Ống soi thanh quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh:

+ Người bệnh nằm ngửa, đầu cố định.
+ Đặt gạc tẩm nước muối sinh lý che mắt và vùng mặt quanh miệng, đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh.

- Chuẩn bị hệ thống laser

+ Chọn chế độ laser phù hợp.
+ Lắp bộ gá vi chỉnh với kính hiển vi và kết nối với cánh tay khớp của hệ thống laser.
+ Hạ thấp nồng độ oxy trong khí thở.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ toàn bộ khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt bỏ u thanh quản**

- Đặt bông ẩm ở dưới thanh môn để bảo vệ ống nội khí quản và niêm mạc kế cận.
- Dùng laser cắt bỏ toàn bộ khối u hoặc cắt bán phần 1 bên khối u (trong trường hợp khối u ở mép trước, sau đó cắt nốt phần khối u còn lại ở thì 2).
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Sử dụng thuốc co mạch adrenalin cầm máu tại chỗ hoặc dao điện đơn cực tùy theo mức độ chảy máu (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: tiến hành cầm máu.
- Cháy nổ do laser: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.
- Thủng bóng chèn nội khí quản: thay ống nội khí quản.
- Gãy răng, lung lay răng hoặc sứt mẻ răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: cầm máu hoặc khâu trụ amidan nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu: tiến hành cầm máu.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh.
- Tràn khí dưới da: xử trí theo mức độ tràn khí từ băng ép đến mở khí quản.
- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.

### 7.3. Di chứng sau phẫu thuật

- Sẹo dính thanh quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.
- Khàn tiếng do tổn thương dây thanh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eckel H.E., (2004). Laser for benign diseases of the larynx, hypopharynx and trachea, *Lasers in Otorhinolaryngology*, Thieme, Stuttgart, chapter 5, 90-109.
2. Steiner W., Ambrosch P., (2000). Endoscopic Microsurgical Laser Treatment of Benign Diseases of the Upper Aerodigestive Tract, *Endoscopic Laser Surgery of the Upper Aerodigestive Tract*, Thieme, Stuttgart, chapter 2, 21-32.
3. Villari C.R, Statham M.M., (2014). Infection, Infiltration, and Benign Neoplasms of the Larynx, *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott WW, Philadenphia, 1, chapter 67, 983-985.

# 103. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THANH QUẢN BẰNG SÓNG CAO TẦN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng sóng cao tần qua đường nội soi lấy bỏ các khối u lành tính thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không gây mê được.
- Các bất thường cột sống (ví dụ: gù vẹo, lao cột sống cổ) không nằm ngửa được theo tư thế soi.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên.
- Các bệnh lý toàn thân chưa kiểm soát được (ví dụ: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, hen phế quản).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch adrenaline 0,1%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Máy sóng cao tần và các đầu cắt dùng cho thanh quản.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Kính hiển vi phẫu thuật.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1**: **Bộc lộ khối u**

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ toàn bộ khối u.

**6.2. Bước 2**: **Cắt bỏ u thanh quản**

- Đặt bông ở dưới thanh môn.
- Dùng dao sóng cao tần cắt bỏ toàn bộ khối u, hoặc cắt bán phần 1 bên khối u trong trường hợp khối u ở mép trước, sau đó cắt nốt phần u còn lại ở thì 2.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3**: **Kiểm tra cầm máu**.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Gãy răng, lung lay răng hoặc sứt mẻ răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: cầm máu hoặc khâu trụ amidan nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh.
- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.

**7.3. Di chứng muộn**

- Khàn tiếng do tổn thương dây thanh.
- Sẹo dính thanh quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D. Sekhar Reddy, (2020). Coblation: Ideal Tool for Benign Lesions of Larynx. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 19(55), 25-29.
2. R.S. Barbos, (2010). Micro Surgery for benign laryngeal tumors using radiofrequency (RF) and ARROWtip Electrodes, *ENT & Audiology news*, Vol 19, 14.
3. Rachmanidou, A. and Modayil, P.C. (2011) Coblation Resection of Paediatric Laryngeal Papilloma. *Journal of Laryngology and Otology*, 125, 873-876.

# 104. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THANH QUẢN DO UNG THƯ BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng laser cắt bỏ ung thư thanh quản qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản giai đoạn T1, T2 và một số trường hợp T3 có thể phẫu thuật bảo tồn thanh quản.
- Giảm thể tích khối u trong điều trị giảm nhẹ ung thư thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

**5.2. Thuốc:** Không có.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, bông.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản chuyên dụng cho phẫu thuật laser (nếu có).
- Bộ dụng cụ soi treo hạ họng dành cho phẫu thuật laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống máy laser.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Lắp đặt đảm bảo an toàn laser.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt càng soi treo bộc lộ khối u thanh quản.
- Đặt bông ướt ở dưới thanh môn để bảo vệ ống nội khí quản và niêm mạc vùng kế cận.

**6.2. Bước 2: Cắt thanh quản**

- Tiến hành dùng laser cắt khối u thanh quản với vùng rìa trên 1mm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Làm sinh thiết tức thì đến khi diện cắt âm tính.
- Đối với trường hợp điều trị giảm nhẹ, tiến hành dùng laser cắt bỏ khối u tối đa.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch nếu cần (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Bỏng: xử trí tùy mức độ.
- Cháy nổ: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí dưới da: băng ép vùng cổ nếu tràn khí ít. Nếu tràn khí nhiều có thể mở khí quản.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm phổi: điều trị nội khoa.
- Nuốt sặc: đặt ống thông mũi dạ dày, hướng dẫn người bệnh tập ăn.

### 7.3. Di chứng

- U hạt thanh quản.
- Sẹo hẹp thanh quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johan Fagan (2017). Transoral CO2 Laser Microsurgery for Cancer of the Larynx. Myers EN. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 83-91.
2. Michael L.H et al (2020). Transoral Laser Microresection of Advanced Laryngeal Tumors. Flint PW. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 7th ed, Elsevier, Vol 3, 1617-1634.
3. Rubinstein M and Armstrong WB (2011). Transoral laser microsurgery for laryngeal cancer: A primer and review of laser dosimetry. *Lasers Med Sci*, 26(1), 113-124.

# 105. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN DÂY THANH TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THẾ KHÉP

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở rộng thanh môn bị hẹp do liệt dây thanh hai bên tư thế khép với mục đích giúp người bệnh có thể thở thông thoáng qua đường tự nhiên, cân bằng chức năng hô hấp và phát âm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt dây thanh hai bên tư thế khép không tiến triển từ 6 tháng trở lên gây khó thở.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt dây thanh 2 bên sau phẫu thuật dưới 6 tháng.
- Bệnh lý thần kinh đang tiến triển nhanh.
- Có biểu hiện hít sặc.
- Xạ trị vùng cổ/ thanh quản trước đó.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người gù vẹo, cổ ngắn, bất thường cột sống cổ.
- Các bất thường về răng (ví dụ:răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên).
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Adrenalin 0,001.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Bộ nội soi tai mũi họng, kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ vi phẫu thanh quản.
- Máy cắt hút với đầu chuyên dụng thanh quản (nếu có).
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 – 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê toàn thân.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, cố định đầu.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ phẫu trường**

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ thanh môn.
- Cố định ống soi thanh quản.
- Chỉnh kính hiển vi phẫu thuật hoặc bộ nội soi sao cho bộc lộ rõ nhất bình diện hai dây thanh.

**6.2. Bước 2: Cắt dây thanh**

- Cắt dây thanh: dùng kéo, kẹp phẫu tích hoặc dụng cụ cắt hút cắt 1/2 sau dây thanh hình cánh cung giống chữ C bắt đầu từ bờ tự do qua các lớp niêm mạc, dây chằng và cơ đến sát đáy của buồng Morgani, không để lại hàm ếch, phía sau đến sát mấu thanh.
- Nếu sau khi cắt một bên không đủ rộng, có thể thực hiện quy trình cắt 1/3 sau dây thanh bên đối diện.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra lại diện cắt**

- Nếu chảy máu cầm máu bằng bông tẩm thuốc co mạch.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí cầm máu tại chỗ bằng bông tẩm adrenalin.
- Gãy răng, lung lay răng hoặc sứt mẻ răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: cầm máu hoặc khâu trụ amidan nếu cần.

- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí thở oxy, corticosteroid đường toàn thân và tại chỗ, mở khí quản (nếu cần).

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo dính thanh quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.
- U hạt: tiến hành điều trị nội khoa hoặc bấm tổ chức u hạt.
- Diện cắt chưa đủ rộng hoặc hẹp tái phát: tiến hành cắt bên đối diện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thorpe R. K.Kanotra S. P. (2021), Surgical management of bilateral vocal fold paralysis in children: a systematic review and meta-analysis, Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 164(2), 255-263.
2. Benninger M. S., Xiao R., Osborne K. et al. (2018), Outcomes following cordotomy by coblation for bilateral vocal fold immobility, JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 144(2), 149-155.
3. Czesak M. A., Osuch-Wójcikiewicz E.Niemczyk K. (2020), Methods of surgical treatment of bilateral vocal fold paralysis, Endokrynologia ***Polska,*** **71(4), 350-358.**

# 106. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY THANH BẰNG LASER ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THANH HAI BÊN TƯ THẾ KHÉP

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng laser mở rộng thanh môn bị hẹp do liệt dây thanh hai bên tư thế khép với mục đích giúp người bệnh có thể thở thông qua đường tự nhiên.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt dây thanh hai bên tư thế khép không tiến triển từ 6 tháng trở lên gây khó thở.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt dây thanh 2 bên sau phẫu thuật dưới 6 tháng.
- Bệnh lý thần kinh đang tiến triển nhanh.
- Có biểu hiện hít sặc.
- Xạ trị vùng cổ/ thanh quản trước đó.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người gù vẹo, cổ ngắn, bất thường cột sống cổ.
- Các bất thường về răng (ví dụ:răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên)
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Adrenalin 0,001.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Ống nội khí quản chuyên dùng cho laser.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Kính hiển vi có tích hợp laser.
- Máy laser.

- Bộ soi treo cho phẫu thuật laser.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Đeo kính bảo vệ mắt người bệnh, che phủ toàn bộ vùng mặt bởi gạc ẩm.

**6.2. Bước 2**

- Bộc lộ thanh quản bằng ống soi chuyên dùng cho laser. Đặt bông tẩm nước muối sinh lý che kín hạ thanh môn.

**6.3. Bước 3**

- Tiến hành cắt 1/3 sau dây thanh 1 bênhình chữ C bắt đầu từ bờ tự do qua các lớp niêm mạc, dây chằng và cơ đến sát đáy của buồng thanh quản, phía sau đến sát mấu thanh.

**6.4. Bước 4**

- Cầm máu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật và xử trí**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Cháy nổ do laser: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.
- Thủng bóng chèn nội khí quản: thay ống nội khí quản.

- Gãy răng, lung lay răng hoặc sứt mẻ răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: cầm máu hoặc khâu trụ amidan nếu cần.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau thuật và xử trí**

- Khó thở do phù nề: điều trị tại chỗ và toàn thân để giảm phù nề, mở khí quản nếu cần.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Sẹo dính thanh quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.
- U hạt: tiến hành điều trị nội khoa hoặc bấm tổ chức u hạt.
- Diện cắt chưa đủ rộng hoặc hẹp tái phát: tiến hành cắt bên đối diện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark A., Simpson B. (2008). Bilateral Vocal FoldParalysis, *Operative Techniques in Laryngology*, first edition, Springer, Berlin Heidelberg, 167 - 173.
2. Libby J. Smith, Clark A. Rosen (2017), Bilateral Vocal Fold Immobility *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 52-59.

# 107. PHẪU THUẬT CẮT NANG SÀN MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nang sàn miệng là phẫu thuật cắt bỏ khối nang sàn miệng và tuyến dưới lưỡi cùng bên.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Nang sàn miệng gây tắc nghẽn đường thở hoặc gây tổn thương cần điều trị cấp cứu.
- Nang sàn miệng bội nhiễm tái lại nhiều lần.
- Tắc nghẽn 1 phần tuyến Wharton với viêm tuyến nước bọt tắc nghẽn.
- Ảnh hưởng đến phát âm của người bệnh.
- Người bệnh không có triệu chứng rõ ràng nhưng có nhu cầu phẫu thuật để tránh tình trạng tiến triển nặng thêm.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chống chỉ định gây mê toàn thân.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lưỡi dao phẫu thuật, chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bơm tiêm, dây truyền.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng họng miệng.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Mở miệng, bộc lộ sàn miệng.

**6.2. Bước 2**

- Tiêm tê - rạch niêm mạc sàn miệng.

**6.3. Bước 3**:

- Bộc lộ nang và tuyến dưới lưỡi: bóc tách theo giới hạn giữa tuyến dưới lưỡi và ống tuyến dưới hàm, giới hạn dưới là cơ hàm móng, phía sau là tuyến dưới hàm.
- Bóc tách phần bên của tuyến dưới lưỡi ra khỏi các mô xung quanh.

**6.4. Bước 4**

- Cắt bỏ nang và tuyến dưới lưỡi. Bảo tồn thần kinh lưỡi và ống tuyến dưới hàm. Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Trường hợp u nang chìm sâu dưới vùng cổ quan trọng nhất là cắt tuyến dưới lưỡi, nang có thể dẫn lưu dịch bằng đường trong miệng qua cơ hàm móng hoặc có thể phối hợp với đường ngoài (theo quy trình riêng).

**6.5. Bước 5**

- Khâu niêm mạc bằng chỉ tự tiêu.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu**:** xử trí tùy mức độ.
- Phù nề gây khó thở**:** điều trị tại chỗ và toàn thân, mở khí quản nếu cần.
- Nhiễm khuẩn**:** điều trị kháng sinh, phẫu thuật tháo mủ nếu cần.
- Tái phát: phẫu thuật lại lấy bỏ nang.
- Giảm cảm giác của lưỡi: điều trị kháng viêm và vitamin nhóm B.
- Rò nước bọt: điều trị chọc hút và thuốc kháng cholinergic, nếu không đỡ tiến hành đặt ống nong ống tuyến hoặc cắt tuyến dưới hàm.
- Sẹo hẹp ống tuyến nước bọt: mở thông ống tuyến hoặc đặt ống nong, nếu sẹo hẹp không đáp ứng điều trị cắt tuyến nước bọt dưới hàm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul D. Kim MD, Alfred Simental, (2008), Treatment of ranulas,Operative Techniques in Otolaryngology Head and Neck Surgery Elsevier Saunder, Philadelphia, 240-242.
2. Rohan R. Walvekar, Rachel Barry (2017), Surgical Management of Ranula, Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 596 – 600.

# 108. PHẪU THUẬT LẤY THIẾT BỊ SAU CHỈNH HÌNH SẸO HẸP THANH HOẶC KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ thiết bị được đặt vào thanh quản hoặc khí quản sau khi người bệnh được phẫu thuật chỉnh hình sẹo hẹp thanh, khí quản ổn định.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Sau đặt thiết bị vào thanh quản hoặc khí quản trong chỉnh hình sẹo hẹp thanh, khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Bệnh toàn thân chưa ổn định.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc giãn phế quản.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, khẩu trang, găng vô khuẩn.
- Gạc.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ soi treo vi phẫu thanh quản.
- Bộ soi khí quản.
- Ống mềm soi thanh khí quản.
- Máy hút, ống hút, dây hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ, đúng theo quy định của Bộ Y tế.

- Có kết quả nội soi ống mềm đánh giá đường thở.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê hoặc tiền mê tê tại chỗ.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Trong trường hợp sẹo hẹp khí quản đặt Ống chữ T dùng kẹp cặp vàođầu ngoài Ống chữ T và rút ra.
- Trong trường hợp đặt nong thanh, khí quản: Dùng ống soi treo thanh quản hoặc ống soi khí quản bộc lộ thanh, khí quản rồi dùng kẹp cặp và rút ống nong thanh, khí quản.

**6.2. Bước 2**

- Soi kiểm tra và đánh giá lại thanh, khí quản.
- Đặt lại ống mở khí quản (nếu cần).

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí vùng cổ, tràn khí trung thất.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tràn khí vùng cổ, trung thất.
- Chảy máu.
- Khó thở, tái phát sẹo hẹp.

**7.3. Biến chứng muộn**

Tái phát sẹo hẹp: phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành hô hấp". Nhà xuất bản Y học. 2016. 171-175.

2. Mostafa, Chaouch- Mbarek, El Halafawi Tracheal Stenosis: diagnosis and treatment 2nd edtion. Researchgate.2021.41-51.
3. Nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng sẹo hẹp thanh khí quản mắc phải và đánh giá kết quả điều trị tại BV TMH Trung Ương, Quách Thị Cần, Đại học Y Hà Nội (2008).

# 109. CẮT PHANH LƯỠI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt phanh lưỡi là thủ thuật cắt bỏ phanh lưỡi bám sai vị trí gây cản trở cử động của lưỡi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Theo phân độ Kotlow:

+ Dính lưỡi độ 3 và độ 4.

+ Dính lưỡi độ 1 và độ 2 có thêm các biểu hiện: khó bú, khó phát âm, khó nuốt, không có khả năng cong lưỡi lên môi trên, môi dưới hoặc cong chạm vòm miệng, khi há miệng thè lưỡi ra ngoài đầu lưỡi bị chẻ hình chữ V.

- Dính lưỡi gây cản trở việc đeo hàm tháo lắp hoặc cản trở việc nắn chỉnh răng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lưỡi dao phẫu thuật.
- Kim chỉ khâu.
- Bơm tiêm, dây truyền.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng họng miệng.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống laser nếu có.
- Hệ thống plasma nếu có.
- Hệ thống máy hút.
- Đèn trán.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Mở miệng, kéo nâng lưỡi bộc lộ phanh lưỡi.

**6.2. Bước 2**

- Tiêm tê.

**6.3. Bước 3: Cắt phanh lưỡi.**

- Dùng dụng cụ cắt phanh lưỡi.
- Có thể bóc tách dưới niêm mạc mặt dưới lưỡi hoặc bóc tách các sợi của cơ cằm lưỡi nếu cần. Khâu đóng vết mổ theo chiều dọc.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương ống tuyến dưới hàm: xử trí tùy mức độ tổn thương.
- Nhiễm khuẩn: điều trị tại chỗ và kháng sinh toàn thân.
- Đau và hạn chế cử động lưỡi.
- Dính phanh lưỡi tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2012), Cắt phanh lưỡi, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 253-255.
2. Neelima Anil Malik (2021), Preprosthetic Surgery, Textbook of Operative Oral and Maxillofacial Surgery, fifth edition, Jaypee, New Delhi, 663-694.

# 110. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI (PHẦN LƯỠI DI ĐỘNG)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Là phẫu thuật cắt bỏ u lành tính ở phần lưỡi di động phía trước V lưỡi qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính vùng lưỡi di động.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dụng cụ mở miệng, kẹp lưỡi.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật**

Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt dụng cụ mở miệng.
- Kéo lưỡi ra phía ngoài bộc lộ toàn bộ khối u.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch theo diện cắt khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt khối u**

- Cắt toàn bộ khối u theo bình diện u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu và khâu phục hồi diện cắt**

- Kiểm tra cầm máu.
- Có thể để hở diện cắt tự liền hoặc khâu phục hồi diện cắt.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tổn thương răng: cần đánh giá tình trạng răng trước phẫu thuật, thao tác trong phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William M.L, Cohen JI (2011). Transoral Resections. *Atlas of Head and Neck Surgery*, Elsevier, 269-286.
2. Lango M, Myers EN (2017). Partial glossectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 196-200.
3. Loré JM (2005). Resection of Hemangioma and Neurofibroma of Tongue. *An Atlas of Head & Neck Surgery*, Elsevier, 768-769.

# 111. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI (PHẦN LƯỠI DI ĐỘNG) BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Là phẫu thuật cắt bỏ u lành tính ở phần lưỡi di động phía trước V lưỡi bằng laser qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính vùng lưỡi di động.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản chuyên dụng cho phẫu thuật laser (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dụng cụ mở miệng, kẹp lưỡi.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Máy laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa.
- Lắp đặt đảm bảo an toàn laser.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt dụng cụ mở miệng.
- Kéo lưỡi ra phía ngoài bộc lộ toàn bộ khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt khối u**

- Dùng laser cắt sát u theo bình diện khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu và khâu phục hồi diện cắt**

- Kiểm tra cầm máu.
- Có thể để hở diện cắt tự liền hoặc khâu phục hồi diện cắt.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Bỏng: năng lượng của tia laser có thể gây bỏng da hoặc niêm mạc trong phẫu thuật, để phòng biến chứng này phải che phủ da, niêm mạc lành bằng bông ẩm.

- Cháy nổ: có thể xảy ra khi tia laser tiếp xúc với oxy trong đường thở hoặc ống nội khí quản, để phòng biến chứng này cần che chắn vùng ống nội khí quản bằng bông ẩm hoặc sử dụng loại ống chuyên dụng cho phẫu thuật laser.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miriam L, Myers EN (2017). Partial glossectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 196-200.
2. Bergler W, Huettenbrink KB (2011). Laser Use in the Oral Cavity and Oropharynx. *Lasers in Otorhinolaryngology*, First Edition, Thieme, Vol 1, 77-88.
3. Ambrosch P, Huettenbrink KB (2011). Lasers for Malignant Lesions in the Upper Aerodigestive Tract. *Lasers in Otorhinolaryngology*, First Edition, Thieme, Vol 1, 113-142.
4. Bigcas JLM, Okuyemi OT (2023). Glossectomy. *StatPearls*.

# 112. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN ĐÁY LƯỠI QUA ĐƯỜNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ một phần lưỡi phía sau V lưỡi qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương lành tính đáy lưỡi đáp ứng các điều kiện sau:

+ Khối u dạng lồi trên bề mặt.

+ Di động khi sờ.

+ Quan sát được toàn bộ chu vi sau khi đặt dụng cụ mở miệng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.
- Khối u lan rộng cần cắt trên 50% đáy lưỡi.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

**5.2. Thuốc:** Không có.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ soi treo dành cho phẫu thuật họng miệng.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

- Dao siêu âm, dao hàn mạch, máy laser (nếu có).
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Bộc lộ khối u đáy lưỡi bằng dụng cụ mở miệng hoặc ống soi treo.
- Có thể dùng kẹp hoặc chỉ khâu kéo lưỡi ra phía ngoài.

**6.2. Bước 2: Cắt u**

- Cắt khối u đáy lưỡi sát rìa khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu.
- Có thể để hở diện cắt tự liền hoặc khâu phục hồi diện cắt.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương răng: cần đánh giá tình trạng răng trước phẫu thuật, thao tác trong phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smriti P, Hitesh V (2021). Oropharyngeal Tumour Surgery. *Operative Surgery for Head and Neck Tumors*, CRC Press, 83-104.
2. William M.L, Cohen JI (2011). Transoral Resections. *Atlas of Head and Neck Surgery*, Elsevier, 269-286.
3. Eric JM, Flint PW (2020): Transoral Approaches to Malignant Neoplasms of the Oropharynx. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 7th ed, Elsevier, Vol 3, 1423-1443.
4. Abel KV, Moore EJ (2013). Surgical management of the base of tongue. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 24(2),74-85.

# 113. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ ĐÁY LƯỠI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u lành tính ở đáy lưỡi/hạ họng qua đường mở xương hàm dưới có tái tạo bằng vạt da cơ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính vùng đáy lưỡi/hạ họng lớn (u máu, u bạch mạch) không thể phẫu thuật qua đường miệng hoặc trên móng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

U lớn lan rộng ra ngoài đáy lưỡi/hạ họng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc chống đông (nếu cần).
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại: Vật liệu cầm máu tự tiêu, sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống khoan cưa cắt xương.
- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Clip mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: khoan xương, nẹp vít.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để nối vi mạch.
- Kính hiển vi phẫu thuật, kính lúp nối vi mạch.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Rạch da**

- Vẽ đường mổ và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

**6.2. Bước 2. Bóc tách vạt da**

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

**6.3. Bước 3. Cắt xương hàm dưới**

- Cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm theo hình zic zắc để sau cố định (lưu ý: tránh làm tổn thương chân răng).

**6.4. Bước 4. Bộc lộ u**

- Kéo xương hàm dưới sang 2 bên.
- Mở vào thành bên họng để bộc lộ rõ vùng đáy lưỡi - hạ họng.
- Bộc lộ và tránh làm tổn thương dây IX, XII.
- Quan sát đánh giá u.

**6.5. Bước 5. Cắt u**

- Cắt u theo bình diện u.
- Cầm máu diện cắt.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6. Khâu tái tạo đáy lưỡi/hạ họng bằng vạt da cơ**

- Đánh giá diện khuyết thiếu đáy lưỡi/hạ họng sau khi cắt u.
- Chuyển vạt da cơ lên khâu vào phần lưỡi/hạ họng còn lại để tạo hình lại đáy lưỡi/hạ họng.

- Khâu ống họng theo lớp bằng chỉ tiêu chậm.
- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.
- Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.
- Đặt ống thông mũi dạ dày cho ăn.

**6.7. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (thực hiện theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (thực hiện theo quy trình riêng).

* Lấy vạt da cơ và khâu nối vi phẫu (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt thì khâu lại nếu có thể.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy mức độ.
- Rò nước bọt: Xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Chảy máu chỗ nối vi mạch: cầm máu, nối lại cuống mạch.
- Hoại tử vạt dùng để tái tạo: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm xương hàm dưới.
- Các biến chứng liên quan đến nơi cho vạt.

### 7.3. Biến chứng muộn:

- Lệch khớp cắn.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.

2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Holsinger F.C et al (2005). Surgical approaches for cancer of the oropharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology*, Elsevier, 16, 40-48.
4. Berteștieanu S.V, Popescu B, and Grigore R (2015). Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. *Hippokratia journal*, published in Thessaloniki, Greece, 19(3), 198-286.

# 114. PHẪU THUẬT ĐỐT LASER ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG VÙNG HỌNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng tia laser qua đường miệng điều trị các tổn thương vùng họng miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm amidan mạn tính độ 1, 2 nhiều hốc gây hôi miệng.
- Viêm tổ chức lympho đáy lưỡi mạn tính, quá phát tổ chức lympho đáy lưỡi.
- Quá phát tổ chức lympho thành sau họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý vùng hàm mặt làm há miệng hạn chế.
- Bệnh lý toàn thân nặng không gây mê được (trường hợp cần gây mê).

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ.
- Thuốc adrenalin.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ y tế.
- Băng gạc.
- Bộ dụng cụ mở miệng.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dụng cụ nội soi hạ họng ống cứng dành cho phẫu thuật laser.
- Máy laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Ống nội khí quản dùng cho phẫu thuật laser.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-1,5 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây tê hoặc gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh:

+ Gây mê: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.
+ Gây tê: người bệnh ngồi thẳng.
+ Đặt gạc ẩm che mắt và vùng mặt quanh miệng, đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh.

**6.1. Bước 1:** Chọn chế độ laser phù hợp.

**6.2. Bước 2**

- Đặt mở miệng với đốt amidan, đốt tổ chức lympho thành sau họng.
- Đặt ống soi hạ họng với đốt tổ chức lympho đáy lưỡi.

**6.3. Bước 3**

- Dùng laser đốt bề mặt amidan thành mặt phẳng không còn khe rãnh và hốc.
- Dùng laser đốt tổ chức lympho thành sau họng và đáy lưỡi, chú ý không làm tổn thương đến lớp cơ.

**6.4. Bước 4**

Kiểm tra cầm máu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.
- Rách trụ amidan: khâu phục hồi.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.

- Cháy nổ do laser: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.
- Thủng bóng chèn nội khí quản: thay ống nội khí quản.

**7.2. Tai biến sau phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huettenbrink K.B. (2004), Laser use in the Oral Cavity and Oropharynx, *Lasers in Otorhinolaryngology*,Thieme, Stuttgart, 77-80.
2. V. Oswal and M. Remacle. (2014), Laser Ablation of Biofilm-Loaded Tonsillar Crypts with Tonsilloliths, *Principles and practice of lasers in otorhinolaryngology and head and neck surgery*, 2nd edition, Kugler Publications, Amsterdam, 683-687.

# 115. PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH TÍNH VÙNG HỌNG BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng tia laser qua đường miệng lấy bỏ các khối u lành tính vùng họng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính vùng họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân không gây mê được.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay, đặc biệt là răng cửa hàm trên).
- Các bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch adrenalin.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản dành cho phẫu thuật laser.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật họng miệng.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Bộ dao mổ điện đơn cực, lưỡng cực.
- Ống nội soi hạ họng ống cứng dành cho phẫu thuật laser.
- Máy laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật + bộ gá (nếu cần).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh.

+ Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.
+ Đặt gạc ẩm che mắt và vùng mặt quanh miệng, đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh.

- Chuẩn bị hệ thống laser.

+ Chọn chế độ laser phù hợp.
+ Hạ thấp nồng độ oxy khí thở.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt mở miệng với u họng miệng, màn hầu, amidan.
- Đặt ống soi hạ họng với u đáy lưỡi, hạ họng.

**6.2. Bước 2: Cắt bỏ u**

- Đặt bông ẩm ở dưới vị trí khối u để bảo vệ niêm mạc kế cận.
- Dùng laser cắt bỏ toàn bộ khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Có thể sử dụng bông thấm adrenalin, bộ dao mổ điện đơn cực hoặc lưỡng cực để cầm máu diện cắt tùy theo vị trí của khối u.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Chảy máu trong phẫu thuật: tiến hành cầm máu.
- Rách trụ amidan: khâu phục hồi.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu: tiến hành cầm máu.
- Khó thở do phù nề: điều trị toàn thân và tại chỗ để giảm phù nề.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huettenbrink K.B. (2004). Laser use in the Oral Cavity and Oropharynx, *Lasers in Otorhinolaryngology*,Thieme, Stuttgart, chapter 4, 77-80.
2. Huettenbrink K.B. (2004). Laser for benign diseases of the larynx, hypopharynx and trachea, *Lasers in Otorhinolaryngology*, Thieme, Stuttgart,chapter 5, 90-93.
3. Steiner W., Ambrosch P. (2000). Endoscopic Microsurgical Laser Treatment of Benign Diseases of the Upper Aerodigestive Tract, *Endoscopic Laser Surgery of the Upper Aerodigestive Tract*, Thieme, Stuttgart, chapter 2, 13-17

# 116. CHÍCH ÁP XE SÀN MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm dẫn lưu dịch mủ ra khỏi ổ nhiễm trùng ở vị trí sàn miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán áp xe sàn miệng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lưỡi dao phẫu thuật các cỡ.
- Kim chỉ khâu.
- Bơm tiêm các cỡ.
- Bộ dẫn lưu các cỡ.
- Dụng cụ cấy vi khuẩn.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao diện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa kê gối tròn ở đầu, kê gối vai.

**6.1. Bước 1**: Rạch da vùng dưới cằm.

**6.2. Bước 2**: Bóc tách da và tổ chức dưới da.

**6.3. Bước 3**: Dùng kim lấy thuốc thăm dò theo hướng nghi ngờ có ổ áp xe, chọc hút lấy mủ làm kháng sinh đồ (phối hợp hình ảnh cắt lớp vi tính để định vị).

**6.4. Bước 4**: Bóc tách bộc lộ ổ áp xe, mở rộng ổ áp xe đánh thông phá bỏ các vách.

**6.5. Bước 5**: Bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu.

**6.6. Bước 6**: Điều trị răng nguyên nhân.

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng thuốc tê: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm tấy lan tỏa vùng mặt: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nhiễm trùng huyết: cấy máu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Rò sàn miệng ra da: xử trí theo quy trình khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Áp xe vùng sàn miệng, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về răng hàm mặt*,Nhà xuất bản Y học, 123-125.
2. Sharokh.C.B (2014). Oral and maxillofacial infections, *Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2nd Edition, 95-118.
3. Jame M.C (2010), Odontogenic Infections. Paul.W.F, *Cummings Otolaryngology head & neck surgery*, 177-190.

# 117. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Chích áp xe quanh amidan là chích rạch dẫn lưu mủ khoảng quanh amidan qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh amidan.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hóa mủ.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông, rối loạn đông máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ y tế.
- Bơm tiêm 5ml - 10ml.
- Kim lấy thuốc.
- Gạc phẫu thuật.
- Bộ cấy vi sinh.
- Đè lưỡi.
- Đèn trán.
- Dao mổ.
- Dụng cụ mở miệng.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ mở ổ áp xe.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phẫu thuật tai mũi họng

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân nếu cần thiết.
- Chuẩn bị tư thế:

+ Gây tê: người bệnh ngồi, tựa lưng, đầu hơi ngửa, há miệng rộng.
+ Gây mê: người bệnh nằm, độn gối dưới vai, đầu ngửa, mở miệng bằng dụng cụ mở miệng.

**6.1. Bước 1**

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim lấy thuốc: vị trí phồng nhất của ổ áp xe hoặc điểm giao nhau của nền lưỡi gà và trụ trước amidan với trường hợp áp xe thể trụ trước, chọc sâu 1cm.

**6.2. Bước 2**

- Nếu có mủ, dùng dao rạch 1 đường đi qua điểm chọc, dài khoảng 1cm, sâu 1cm vào ổ mủ.

**6.3. Bước 3:** Dùng dụng cụ mở ổ áp xe, lấy mủ làm kháng sinh đồ. Hút sạch mủ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa xét nghiệm.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Choáng: xử trí tùy mức độ.
- Ngộ độc thuốc gây tê: xử trí theo phác đồ.
- Sặc mủ vào đường thở: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Lợi (2001), *cấp cứu tai mũi họng*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 210-218.
2. Jonas T.Johnson and Clark A. Rosen (2014), *Bailey's Head and Neck Surgery—otolaryngology* fifth edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1439-1440.
3. Bộ Y tế (2012), hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 119-120.

# 118. CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN HOẶC NẠO VA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Cầm máu sau phẫu thuật cắt amiđan hoặc nạo VA là thủ thuật làm ngừng tình trạng chảy máu tiếp diễn từ hốc mổ nạo VA và/hoặc cắt amidan, tránh để người bệnh rơi vào nguy cơ sốc mất máu.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau phẫu thuật cắt amidan.
- Chảy máu sau phẫu thuật nạo VA.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang có tình trạng cấp cứu về đường thở, cần đảm bảo đường thở ổn định cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có rối loạn đông máu.
- Trẻ em nhỏ tuổi không hợp tác.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê.
- Dịch truyền.
- Thuốc cầm máu.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bấc.
- Kim chỉ khâu.
- Đèn trán.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ cầm máu chảy máu sau cắt amidan, nạo VA.
- Máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật – phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Cầm máu sau phẫu thuật nạo VA dưới gây tê

***Chuẩn bị tư thế người bệnh***

- Người phụ dùng khăn to quấn tròn em bé lại từ vai đến chân. Người phụ ngồi lên ghế, đặt em bé vào giữa hai đùi hoặc đặt em bé lên trên giường, người phụ giữ đầu và người trẻ và hướng mặt trẻ về phía trước và giữ chặt lại.
- Vô cảm: gây tê tại chỗ mũi họng.

*6.1.1. Bước 1: Kiểm tra vùng vòm bằng Optic nội soi*

- Nếu còn sót VA, tiến hành nạo tổ chức VA còn lại.
- Nếu có mảnh niêm mạc rách ở thành sau họng thì phải lấy bỏ.

*6.1.2. Bước 2: Cầm máu*

- Dùng kìm kẹp bông cầu tẩm oxy già, đưa qua miệng lên vùng vòm và ép chặt vào vùng vòm
- Người phụ hút dịch và máu tránh rơi vào đường thở của người bệnh.
- Sau 5 phút có thể rút gạc hoặc bấc kiểm tra, nếu vẫn còn chảy máu thì tiếp tục lặp lại thao tác đặt gạc vào vòm hoặc đặt bấc mũi sau.
- Nếu không kiểm soát được: cần gây mê để cầm máu

### 6.2. Cầm máu sau phẫu thuật cắt amiđan dưới gây tê

***Chuẩn bị tư thế người bệnh***

- Người bệnh ngồi lên ghế khám, đầu hướng thẳng nếu người bệnh là người lớn hoặc trẻ lớn hợp tác. Trường hợp trẻ nhỏ, người phụ ngồi lên ghế vòng tay ôm chặt người và tay trẻ, hướng mặt trẻ về phía trước, dùng đùi kẹp chặt chân trẻ, người phụ còn lại sẽ giữ đầu.
- Vô cảm: gây tê tại chỗ mũi họng.

*6.2.1. Bước 1: Làm sạch hốc mổ, loại bỏ cục máu đông*

- Dùng dụng cụ đè lưỡi người bệnh bộc lộ hốc mổ Amidan.
- Hút sạch máu đông bằng ống hút.

*6.2.2. Bước 2: Xác định vị trí chảy máu và cầm máu*

- Nếu chảy máu rỉ rả: đặt cục bông cầu tẩm oxy già. Một tay dùng đè lưỡi ấn lưỡi ở phần gần amidan xuống, còn tay kia dùng kìm cong kẹp bông cầu hoặc gạc tẩm oxy già và ép vào trong hốc mổ amidan chảy máu. Trong khi đặt bông cầu, người bệnh phải ngậm miệng. Giữ nguyên trong 5 phút rút ra lặp lại các bước tương tự nếu còn chảy máu.
- Nếu có điểm chảy máu rõ:dùng kìm cầm máu kẹp mạch và buộc bằng chỉ.
- Nếu không kiểm soát được: cần gây mê để cầm máu.

**6.3. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị vật đường thở do mảnh VA hoặc cục máu đông, bông cầu hoặc gạc rơi vào đường thở. Xử trí theo quy trình.
- Ngừng thở: xử trí kích thích cho trẻ thở lại, thở oxy, nghỉ ngơi.
- Sốc giảm thể tích: xử trí theo quy trình.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tại chỗ: điều trị kháng sinh, kháng viêm.
- Viêm phù nề họng hạ họng: điều trị nội khoahoặc mở khí quản nếu cần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Tấn, *Tai mũi họng thực hành,* Nhà xuất bản Y học, tập 1, trang 231-274.
2. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, 3978/QĐ-BYT, Nhà xuất bản y học, trang 220-236.

# 119. CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT AMIĐAN (GÂY MÊ)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cầm máu hốc mổ cắt amiđan dưới gây mê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu tại hốc mổ cắt amiđan mà các phương pháp cầm máu đơn giản khác không hiệu quả.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá tình trạng mất máu để phối hợp hồi sức và truyền máu.
- Tránh nguy cơ sặc vào đường thở lúc gây mê.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch oxy già 3%.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu.
- Kim chỉ khâu tự tiêu.
- Bộ dụng cụ cắt amiđan
- Hệ thống dao mổ điện.
- Máy sóng cao tần (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra và tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH

- Vô cảm**:** gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa

**6.1. Bước 1**

- Mở miệng bằng dụng cụ mở miệng.
- Kiểm tra hốc Amiđan 2 bên, lấy sạch máu đông nếu có, xác định điểm chảy máu.

**6.2. Bước 2**

- Cầm máu điểm chảy hốc mổ bằng bông cầu tẩm oxy già hoặc các dụng cụ đông điện lưỡng cực, sóng cao tần. Kỹ thuật này được sử dụng trong trường hợp điểm chảy rõ, mạch máu nhỏ hoặc cầm máu tạm thời để thực hiện các bước cầm máu tiếp theo.
- Khâu cầm máu điểm chảy bằng mũi chữ X nếu xác định điểm chảy rõ mà cầm máu đông điện không hiệu quả, có nguy cơ chảy máu tái phát.
- Khâu ép trụ amiđan (có thể đặt thêm vật liệu cầm máu tự tiêu vào hốc amiđan trước khi khâu ép trụ) trong trường hợp chảy máu nhiều điểm, tái phát, hốc amiđan mủn nát.
- Thắt động mạch cảnh ngoài khi người bệnh đã được cầm máu 3 lần nhưng thất bại và tình trạng toàn thân nặng, huyết động không ổn định.

**6.3. Bước 3**

Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra lại hốc mổ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Sặc dịch và máu vào đường thở lúc gây mê: người phụ hút dịch, máu trong họng miệng khi gây mê.
- Sốc giảm thể tích tuần hoàn: bù dịch, truyền máu.
- Tổn thương môi, răng, miệng: xử trí tùy mức độ.
- Trật khớp thái dương hàm do đặt dụng cụ mở miệng: nắn khớp thái dương hàm.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tái phát: xử trí theo mức độ.
- Thiếu máu: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng hốc mổ: kháng sinh.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lauren C. (2016). Post-tonsillectomy management: A framenetwork. *The Royal Australian College of General Practitioners*, Vol 45, No 5: 289 – 291.
2. Ryan. M. M, Sanjay R. P. (2016). Hemostasis in tonsillectomy. *Otolaryngol Chin N Am* 49: 615 – 626.
3. Jessica J. W, Khoon Y. T. (2018). Postoperative tonsillectomy hemorrhage, *Emerg Med Clin North Am*, 36(2): 415 – 426.
4. Zi Y. J. (2017) Bleeding after tonsillectomy. *Operative Technique in Otolaryngology*, 28, 258 – 264.

# 120. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng. Dị vật họng miệng thường hay mắc lại ở amidan khẩu cái và hay gặp nhất là xương cá.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật bị mắc lại ở họng miệng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh bị khít hàm.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Bộ dụng cụ gắp dị vật họng miệng.
- Máy nội soi.
- Đèn trán.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Tư thế: người bệnh ngồi nếu gây tê hoặc người bệnh nằm ngửa nếu gây mê.

**6.1. Bước 1**

Quan sát tìm dị vật: mở miệng người bệnh quan sát tìm dị vật.

**6.2. Bước 2**

Dùng kẹp hoặc kẹp khuỷu gắp bỏ dị vật.

**6.3. Bước 3**

Kiểm tra lại họng miệng sau soi gắp dị vật.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Nhiễm trùng tại chỗ: điều trị kháng sinh, chống viêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zenghua Huang and el (2017). Related factor of outcome of pharyngeal foreign bodies in children, *SAGE Open medicine*,5, 1-7.
2. Ralph F. Wetmore, Harlan R.Muntz and el (2012). Management of Foreign Bodies. *Pediatric Otolaryngology: Principles and Practice Pathways*, second edition, Thieme, 51, 736 – 745.
3. Bộ Y tế (2012). Lấy dị vật hạ họng. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, 108 – 110.

# 121. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật hạ họng là thủ thuật nhằm loại bỏ các dị vật ra khỏi vùng hạ họng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Bộ dụng cụ khám nội soi tai mũi họng.
- Bộ máy nội soi ống mềm, kìm dây gắp dị vật.
- Hệ thống máy hút.
- Kìm gắp dị vật.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật tai mũi họng.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: có thể gây tê tại chỗ nếu người bệnh phản xạ nhiều.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế khám đối diện bác sĩ.

### 6.1. Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm gắp dị vật

- Bước 1: gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ nếu người bệnh phản xạ nhiều.
- Bước 2: soi tìm dị vật hạ họng bằng ống nội soi thanh quản.
- Bước 3: gắp dị vật ra khỏi hạ họng bằng kìm gắp dị vật.

### 6.2. Soi gắp dị vật hạ họng bằng ống soi mềm

- Bước 1: gây tê hốc mũi và hạ họng bằng xịt tê tại chỗ.
- Bước 2: đưa ống soi mềm qua mũi xuống hạ họng tìm dị vật.
- Bước 3: dùng kìm gắp dị vật mềm luồn qua ống soi kẹp dị vật ở hạ họng, rút ống soi cùng với kìm đang kẹp dị vật qua mũi ra ngoài.

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Dị ứng thuốc:

Xử trí theo phác đồ tùy mức độ.

### 7.2. Nhiễm trùng

Xử trí tùy theo phác đồ tùy mức độ nhiễm trùng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

**1.** Nguyễn Thị Xuyên (2012). Lấy dị vật hạ họng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng, nhà xuất bản y học, trang 108-111.

**2.** Huỳnh Ngọc Phượng, Nguyễn Hữu Khôi (2006). Lấy dị vật hạ họng thực quản bằng nội soi mềm. Nghiên cứu y học Y học TP Hồ Chí Minh, tập 10, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, trang 36-37.

**3.** Webb WA (1995). Manage of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. Gastrointest Endoscope 1995, Jan, p 39-51.

# 122. KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG ĐƠN GIẢN MIỆNG, HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật để phục hồi cấu trúc giải phẫu vùng miệng, họng có tổn thương đơn giản, không cần tạo hình.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đơn giản vùng miệng, họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử trí vết thương đơn giản vùng miệng, họng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Dung dịch sát khuẩn povidone – iodine.
- Bộ dụng cụ khâu phần mềm.
- Dụng cụ bộc lộ vùng miệng, họng.
- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm**:** gây mê.
- Tư thế**:** người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1:** Kiểm tra tổn thương, cắt lọc, loại bỏ dị vật, tổ chức dập nát, hoại tử nếu có, kiểm tra cầm máu.

**6.2. Bước 2:** Khâu phục hồi tổn thương đơn giản.

- Khâu đóng theo các lớp giải phẫu, đảm bảo không có khoảng chết, vết mổ không quá căng.

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu trong mổ: xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu, tụ máu, tụ dịch vết phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vùng phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

**7.3. Di chứng**

Chưa ghi nhận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernard J. C and John F. C (2008). Soft tissue trauma. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Sugery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 191-204.
2. Matthew H. Rigby, et al (2015). Reconstruction of the Oropharynx. *Cummings Otolaryngology – Head and neck surgery*, sixth edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1479-1499.
3. Terrence J.G, et al (2017). Basic Suture Techniques for Oral Mucosa. *Clinical Advances Periodontics, third edition, John Wiley & Sons, New Jersey, 221-232.*

# 123. CHẤM HỌNG (LÀM THUỐC VÙNG HỌNG)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc vùng họng là phương pháp dùng thuốc chấm vào những vùng có bệnh tích ở họng như nề, loét, nốt phỏng…

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm họng cấp mạn tính.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thành phần của thuốc chấm họng.

## 4. THẬN TRỌNG

Không có.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc thường dùng: Glycerin borat 5%, S.M.C (salicylat menthol cocain).

### 5.3. Thiết bị y tế

Đè lưỡi, que tăm bông.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện, về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

**5.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật và người bệnh:** Phòng thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT:

### 6.1. Bước 1

- Thầy thuốc đeo đèn trán, tay phải cầm đè lưỡi, tay trái cầm một que tăm bông thẳng.

### 6.2. Bước 2

- Thấm thuốc vào tăm bông.

### 6.3. Bước 3

- Bôi chấm nhẹ trên bệnh tích.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh thấy khó chịu: Ngừng chấm họng, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng: Khó thở, nổi mề đay, sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ dị ứng thuốc.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ho, khàn giọng do kích thích niêm mạc hầu họng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Thị Cẩm Vân - Tai Mũi Họng nhập môn - 2016 - NXB Y học, TP Hồ Chí Minh - Viêm họng cấp và mạn, trang (282 – 284).

# 124. BƠM THUỐC THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật đưa thuốc trực tiếp vào thanh quản, mục đích để điều trị hoặc gây tê tại chỗ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm thanh quản cấp.

Gây tê chuẩn bị cho các phẫu thuật/ thủ thuật vùng thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khó thở thanh quản độ II, III.
- Dị ứng thuốc.

## 4. THẬN TRỌNG

Không có.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê.
- Thuốc giảm viêm điều trị tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc.
- Bơm tiêm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Kim bơm thuốc thanh quản.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,25 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Chuẩn bị tư thế người bệnh: Ngồi hơi gập người về phía trước, ngửa cổ tối đa. Há miệng và tự kéo lưỡi ra ngoài.

### 6.1. Bước 1: Bơm thuốc

- Nhỏ từng giọt thuốc vào tiền đình thanh quản. Mỗi lần bơm 3-5 giọt để thuốc ngấm vào băng thanh thất, dây thanh nhưng không xuống dưới hạ thanh môn và khí quản. Chỉ bơm thuốc khi 2 dây thanh ở tư thế khép.

### 6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật.
- Sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ sốc phản vệ của Bộ Y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Tấn (1993), Những phương pháp điều trị đại cương cho thanh quản. *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 3, 36-37.
2. M. M. Hess and S. Fleischer (2022).Officed-Based Procedures. *Textbook of Surgery of Larynx and Trachea*, Second Edition, Springer, Cham, 159-160.

# 125. KHÍ DUNG MŨI HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung mũi họng là đưa dung dịch thuốc vào các hốc mũi xoang, họng, thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi cấp, mạn tính.
- Viêm xoang cấp, mạn tính.
- Viêm họng cấp, mạn tính.
- Viêm thanh quản cấp, mạn tính.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với các thành phần của thuốc khí dung.

## 4. THẬN TRỌNG

- Đang mang thai, cho con bú.
- Người có tiền sử tăng huyết áp.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc khí dung.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khí dung Tai Mũi Họng.
- Máy khí dung tai mũi họng.

### 5.4. Chuẩn bị người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện, về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh tư thế thoải mái.

**5.5. Thời gian thực hiện:** khoảng 0,25 giờ.

**5.6. Địa điểm thực hiện:** Phòng thủ thuật.

### 5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Bước 1

- Cho thuốc khí dung vào cốc đựng thuốc.

### 6.2. Bước 2

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

### 6.3. Bước 3

- Nối mặt nạ hoặc vòi phun (khí dung mũi), ống ngậm (khí dung họng) vào cốc đựng thuốc.

### 6.4. Bước 4

- Cho vòi phun vào hai bên lỗ mũi hoặc cho ống ngậm vào miệng.
- Đối với khí dung mũi: Hít vào đường mũi, thở ra đường miệng.
- Đối với khí dung họng: Thở chậm và sâu bằng đường miệng (hít sâu, ngừng lại khoảng 1-2 giây rồi thở ra).
- Đến khi hết thuốc trong cốc đựng, trung bình khoảng 10 - 20 phút.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh thấy khó chịu: Ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ dị ứng thuốc.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Mũi: hắt hơi, ngạt mũi, bỏng rát do phản ứng giãn mạch.
- Họng: ho, khàn giọng do kích thích niêm mạc hầu họng.
- Kích thích da mặt nếu sử dụng mặt nạ.
- Hầu hết các tác dụng phụ này đều tránh được bằng cách súc miệng, rửa mũi bằng nước muối sinh lý sau khi khí dung.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Cảnh báo người bệnh không được lạm dụng thuốc và tự điều trị vì một đợt khí dung thường kéo dài không quá 07 ngày. Nếu tự dùng kéo dài sẽ gặp các tác dụng phụ như: Gentamicin gây điếc, chloramphenicol dùng cho trẻ em gây suy tủy, corticosteroid gây giữ nước, suy thượng thận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhan Trừng Sơn - Tai Mũi Họng nhập môn - 2016 - NXB Y học, TP Hồ Chí Minh - Tổ chức phòng khám Tai Mũi Họng, trang (43-44).

# 126. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe thành sau họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Khối áp xe lớn gây chèn ép đường thở.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bộ cấy vi sinh.
- Lưỡi dao.
- Bộ dụng cụ chích áp xe vùng họng.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật/ phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê hoặc gây mê.
- Tư thế người bệnh: kê vai, ngửa cổ, đầu thấp, cố định đầu.

**6.1. Bước 1**

- Đè lưỡi bộc lộ thành sau họng.

**6.2. Bước 2**

- Chọc dò vào nơi phồng nhất, hút bớt dịch mủ. Lấy mủ nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

**6.3. Bước 3**

- Dùng dao mở rộng vị trí chọc dò theo chiều trên dưới đến mức thấp nhất có thể.

**6.4. Bước 4**

- Mở rộng ổ áp xe, hút sạch mủ.

**6.5. Bước 5**

- Đặt ống thông mũi – dạ dày.

**Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa xét nghiệm.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Khó thở cấp: mở khí quản.
- Sặc mủ vào đường thở: nằm thấp đầu, nghiêng người, hút sạch mủ thật nhanh. Trường hợp nặng, đặt nội khí quản, bơm rửa đường thở.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Viêm tấy lan tỏa vùng cổ mặt: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Áp xe cổ sâu: mở cạnh cổ dẫn lưu áp xe.
- Nhiễm trùng huyết: cấy máu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lisa G (2018), Deep neck abscess, Eugene M, Carl S (2018), *Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 3rd edition, Volume 1, Chap 76, 513-518.
2. Eric R. O, Boyd G(2010), Deep neck space infection, Paul W.F, MD, *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery*,5th Edition, Volume 1, Chapter 14, 201-208.
3. Garfunkel, Lynn C, MD (2007),Retropharyngeal Abscess, *Pediatric Clinical Advisor: instant diagnosis and treatment 2nd edition*,Philadelphia, 492-494.

# 127. NỘI SOI HOẠT NGHIỆM THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Soi hoạt nghiệm thanh quản (strobolaryngoscopy) là soi thanh quản sử dụng ánh sáng nhấp nháy. Nguồn sáng chiếu vào niêm mạc dây thanh đang rung tại các thời điểm khác nhau của chu kỳ rung động. Hình ảnh được thu lại và tái tạo, cho cảm giác như dây thanh rung chậm, từ đó người soi có thể nhận định được đặc điểm rung sóng niêm mạc của dây thanh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá hình thái và hoạt động chức năng của thanh quản, cung cấp thông tin giúp chẩn đoán bệnh lý thanh quản.
- Đánh giá kết quả vi phẫu dây thanh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Trẻ nhỏ, người cao tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch, gây tê nếu cần.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Khẩu trang, găng tay, bông, gạc.
- Bộ nội soi hoạt nghiệm thanh quản.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích và kỹ thuật soi hoạt nghiệm thanh quản.
- Nếu soi hoạt nghiệm ống mềm: Người bệnh được đặt thuốc tê và thuốc co mạch mũi.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,3 – 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế:

+ Người bệnh: Ngồi trên ghế khám, thả lỏng toàn thân, cúi vai ra trước, mặt ngẩng lên để làm giãn vùng cổ. Micro được gắn bằng đai mềm trước cổ, hoặc người bệnh tự cầm micro đặt sát da vùng cổ trước thanh quản.

+ Thầy thuốc: Đứng hoặc ngồi phía trước, bên phải người bệnh.

### 6.1. Cách tiến hành

**Bước 1**: **Đưa ống soi vào vị trí quan sát**

- Soi ống cứng: Yêu cầu người bệnh há miệng rộng, tự kéo lưỡi bằng miếng gạc nhỏ, hoặc thầy thuốc cầm gạc kéo lưỡi người bệnh nhẹ nhàng. Thầy thuốc cầm ống soi cứng, đưa ống soi qua miệng, đi dọc đường giữa ra phía sau tới vùng họng miệng. Yêu cầu người bệnh hít sâu, phát âm /ê/ hoặc /i/ kéo dài liên tục ít nhất 3 giây.
- Soi ống mềm: Thầy thuốc nhẹ nhàng luồn ống soi qua mũi (phía bên có hốc mũi thông thoáng hơn). Đưa ống soi qua vùng họng mũi, họng miệng, hạ họng ngay trên thanh quản. Yêu cầu người bệnh hít sâu, phát âm /ê/ hoặc /i/ kéo dài liên tục ít nhất 3 giây.

**Bước 2: Dùng ánh sáng hoạt nghiệm và ghi lại hình ảnh**

- Kích hoạt ánh sáng hoạt nghiệm bằng pedal. Ghi lại hình ảnh soi hoạt nghiệm vào máy tính bằng phần mềm chuyên dụng và lưu trữ hình ảnh vào máy tính.
- Yêu cầu người bệnh làm các động tác phát âm tùy theo hình thái thanh quản và tình trạng rối loạn giọng.

**Bước 3: Đánh giá kết quả**

- Đánh giá kết quả soi theo các thông số soi hoạt nghiệm thanh quản.

**Bước 4: Kết thúc kỹ thuật**

- Thầy thuốc rút ống soi khỏi vị trí quan sát một cách từ từ, nhẹ nhàng.
- Giải thích và tư vấn cho người bệnh về tình trạng bệnh lý thanh quản.
- Mô tả kết quả soi, điền vào phiếu đánh giá kết quả soi hoạt nghiệm và trả kết quả cho người bệnh.

### 6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có gì đặc biệt trừ các trường hợp gây tê tại chỗ.
- Xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Woo, P. (2021). *Stroboscopy and high-speed imaging of the vocal function.* (2nd ed.). Plural Publishing; p.125-141.
2. Watts, C. R., & Awan, S. N. (2019). *Laryngeal function and voice disorders: basic science to clinical practice*. Thieme Medical Publishers; p.186-210.

# 128. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi cứng đưa vào hạ họng để chẩn đoán tổn thương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ bệnh lý vùng hạ họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản độ II-III.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Những người bệnh có bất thường về răng: (ví dụ: răng giả, răng lung lay)

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Hệ thống nội soi hạ họng ống cứng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phẫu thuật.

**5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ hạ họng

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, sụn phễu.

### 6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: thành sau hạ họng, đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, nẹp phễu thanh thiệt, sụn phễu, xoang lê 2 bên, miệng thực quản, chú ý đánh giá mức độ di động sụn phễu 2 bên (với gây tê).

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Rách thủng hạ họng: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.

2. Gerald M. English, MD (1991), Complication of Endoscopy, *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, p1-6.

3. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology* , fifth edition, Wolters Kluwer, Philadelphia, p1917-1940.

# 129. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng ống soi mềm đưa vào hạ họng để chẩn đoán tổn thương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý vùng hạ họng.
- Các trường hợp khống soi được ống cứng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Các trường hợp soi ống mềm ở trẻ em.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Hệ thống soi hạ họng thanh quản ống mềm.
- Hệ thống máy hút**.**

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế đối diện với thầy thuốc hoặc nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1: Đưa ống mềm qua mũi

- Lựa chọn ống mềm phù hợp với người bệnh.
- Đưa ống mềm qua đường mũi: đưa ống soi mềm vào 1 trong 2 bên hốc mũi, lựa chọn hốc mũi nào rộng hơn.

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ hạ họng

Đưa ống soi dọc theo sàn mũi hoặc khe giữa, khi tới cửa mũi sau thì điều chỉnh cho ống soi đi xuống dưới dọc thành sau họng- hạ họng.

### 6.3. Bước 3: Đánh giá tổn thương

Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: thành sau hạ họng, đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, nẹp phễu thanh thiệt, sụn phễu, xoang lê 2 bên, miệng thực quản, chú ý đánh giá mức độ di động sụn phễu 2 bên (với gây tê).

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu mũi: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.
2. Gerald M. English, MD (1991), Complication of Endoscopy, *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, p1-6.

3. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology* , fifth edition, Wolters Kluwer, Philadelphia, 1917-1940.

# 130. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp dùng ống soi cứng đưa vào hạ họng để lấy dị vật ra khỏi hạ họng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật mắc lại trong hạ họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khít hàm.

Có tổn thương cột sống cổ (ví dụ: chấn thương, lao).

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Máng bảo vệ răng.
- Bộ dụng cụ nội soi hạ họng ống cứng trẻ em và người lớn.

Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê tại chỗ bằng thuốc tê thấm.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối dưới vai.

### 6.1. Bước 1

- Đưa ống soi vào hạ họng quan sát các vị trí: đáy lưỡi, hố lưỡi thanh thiệt, các thành của họng, hạ họng, xoang lê 2 bên, sụn phễu tìm dị vật.
- (Chú ý đối chiếu vị trí dị vật trên phim XQ cổ nghiêng hoặc cắt lớp vi tính để xác định vị trí tương đối của dị vật).

### 6.2. Bước 2

- Gắp dị vật: quan sát dị vật, đánh giá vị trí và kích thước của dị vật. Đồng thời đánh giá các bệnh tích có thể kèm theo (ví dụ: viêm nhiễm, khối u). Dùng kìm gắp dị vật.

### 6.3. Bước 3

- Soi kiểm tra lại: sau khi gắp dị vật, đưa ống soi vào hạ họng kiểm tra lại, đánh giá tổn thương và đảm bảo không còn bỏ sót dị vật.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Phản xạ co thắt thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do dị vật to hay phù nề gây chèn ép: ngừng soi, cho gây mê dãn cơ, đặt nội khí quản sau đó soi gắp dị vật.
- Phản xạ ngừng tim: xử trí theo quy trình ngừng tuần hoàn.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Sứt, mẻ, gãy răng cửa: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Thủng hạ họng, xoang lê: xử trí tùy mức độ.
- Ngộ độc thuốc gây tê: xử trí theo quy trình riêng.
- Dị ứng, sốc thuốc gây tê, gây mê: xử trí theo phác đồ chống dị ứng, chống sốc.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Dị vật ra ngoài ống họng: mở cạnh cổ lấy dị vật.
- Ngộ độc thuốc gây tê: truyền lipid tĩnh mạch chậm 30 giọt/phút.
- Viêm phù nề hạ họng thanh quản, áp xe thành bên họng: kháng sinh liều cao đường tĩnh mạch, chống phù nề.

- Dị ứng, sốc thuốc gây tê, gây mê: xử trí theo phác đồ chống dị ứng, chống sốc.
- Áp xe cạnh cổ: kháng sinh liều cao đường tĩnh mạch, chống phù nề, mở cạnh cổ nếu cần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2015), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng. Nhà xuất bản Y học, 108- 110.

# 131. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi mềm hạ họng để gắp dị vật.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp mắc dị vật vùng hạ họng.
- Các trường hợp khống soi được ống cứng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Dị vật kích thước lớn không có kìm gắp phù hợp.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang,mũ.
- Băng gạc.
- Bộ soi thanh quản ống mềm có kênh thủ thuật.
- Bộ kìm gắp dị vật ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa, thầy thuốc ngồi đối diện hoặc trên phía đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1: Đưa ống mềm qua mũi

- Lựa chọn ống mềm phù hợp với người bệnh.
- Đưa ống mềm qua đường mũi: đưa ống soi mềm vào 1 trong 2 bên hốc mũi, lựa chọn hốc mũi nào rộng hơn.

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ hạ họng

Đưa ống soi dọc theo sàn mũi hoặc khe giữa, khi tới cửa mũi sau thì điều chỉnh cho ống soi đi xuống dưới dọc thành sau họng - hạ họng.

### 6.3. Bước 3: Tìm dị vật

Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và tìm dị vật ở các vị trí có thể gặp: cực dưới amidan, thành sau hạ họng, đáy lưỡi, hố lưỡi thanh thiệt, xoang lê 2 bên.

### 5.4. Bước 4: Gắp dị vật

Sau khi tìm thấy dị vật và tiến hành gắp dị vật bằng kìm phù hợp.

### 6.6. Bước 5: Soi kiểm tra lại

Thực hiện theo quy trình nội soi chẩn đoán.

### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Rách thủng hạ họng: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, 179-212.
2. Gerald M. English, MD (1991), Complication of Endoscopy, *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, 1-6.
3. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 167-169.

# 132. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG SINH THIẾT U

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống cứng soi hạ họng lấy một mảnh tổn thương ở vùng hạ họng để chẩn đoán mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản độ II-III.
- Khối u mạch máu.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Hệ thống máy hút.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Hệ thống soi hạ họng ống cứng.
- Kìm sinh thiết hạ họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ hạ họng**

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, sụn phễu.

**6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương**

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: thành sau hạ họng, đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, nẹp phễu thanh thiệt, sụn phễu, xoang lê 2 bên, miệng thực quản, chú ý đánh giá mức độ di động sụn phễu 2 bên (nếu người bệnh được gây tê).

**6.3. Bước 3**: **Sinh thiết tổn thương**

- Dùng kìm sinh thiết phù hợp bấm một hoặc vài mảnh tổ chức ở các vị trí cần thiết.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.
2. Gerald M. English, MD (1991), Complication of Endoscopy, *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, p1-6.
3. Randall L.Plant, Robin A.Samlan (2005), Visual documentation of the larynx, *Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, Elsevier Mosby, p1989-2007.

# 133. SINH THIẾT U HỌNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở vùng họng miệng để chẩn đoán mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương vùng họng miệng cần xác định mô bệnh học.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương nghi ngờ u mạch máu vùng họng miệng.

## 4. THẬN TRỌNG

Không có.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Đè lưỡi, kẹp khuỷu.
- Kìm sinh thiết.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 0,25 - 0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng

chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Chuẩn bị tư thế người bệnh và bộc lộ họng miệng: người bệnh ngồi thẳng, há miệng. Dùng đè lưỡi bộc lộ quan sát toàn bộ khoang miệng, họng.
- Đánh giá tổn thương: tiến hành quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: niêm mạc má, lưỡi, sàn miệng, khẩu cái, amidan, thành sau họng.

### 6.1. Bước 1: Gây tê và sinh thiết tổn thương

- Gây tê tại chỗ.
- Dùng kìm sinh thiết phù hợp bấm một hoặc vài mảnh tổ chức ở các vị trí cần thiết.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.2. Bước 2

- Kiểm tra cầm máu.

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matthew C. Miller Christa L. Whitney-Miller (2014), Surgical PathologyOtolaryngologic Practice, *Bailey's Head and Neck Surgery-Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1, 178-179.

# 134. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp soi gắp dị vật mắc tại thanh quản bằng cách sử dụng ống soi cứng soi trực tiếp vào thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật tại thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khít hàm.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay)

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, khẩu trang, găng tay.
- Băng, gạc.
- Bộ ống soi thanh quản cứng các cỡ.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Bộ kìm gắp dị vật các loại.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, sụn phễu.
- Đưa ống soi xuống phía dưới sụn thanh thiệt bộc lộ thanh môn quan sát được băng thanh thất, buồng thanh thất, 2 dây thanh.

**6.2. Bước 2: Tìm vị trí dị vật và gắp dị vật**

- -Tiến hành quan sát (bằng mắt thường hoặc dùng ống nội soi phóng đại) phát hiện dị vật tại các vị trí giải phẫu của thanh quản.
- Khi đã xác định được vị trí của dị vật dùng kìm gắp dị vật và đưa dị vật ra khỏi thanh quản.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra lại thanh quản**

- Quan sát lại toàn bộ thanh quản kiểm tra có còn dị vật, phù nề, chảy máu hay không.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng, ngộ độc các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng, sốc phản vệ và ngộ độc thuốc tê.
- Phản xạ co thắt thanh quản: xử trí theo phác đồ.
- Suy hô hấp cấp do dị vật bít tắc thanh quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ hoặc mở khí quản tối cấp.
- Dị vật rơi khỏi thanh quản xuống khí phế quản: sử dụng ống soi phế quản soi tìm và gắp dị vật.
- Chảy máu tại vị trí gắp dị vật: cầm máu tại chỗ bằng bông tẩm adrenalin.

- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Phù nề thanh quản: thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu tình trạng không cải thiện tiến hành mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George Mochloulis, F. Kay Seymour, Joanna Stephens (2014).ENT and Head and Neck Procedures An Operative Guide. Peadiatric microlaryngoscopy and bronchoscopy (MLB) foreign body removal, CRC Press, 74-76.
2. Don Hayes, Kara D. Meister (2023). Pediatric Bronchoscopy for Clinicians. Basics of microlaryngoscopy and rigid bronchoscopy, CRC Press, 35-39.
3. C.T Bolliger, P.N Mathur (2000).Interventional Bronchoscopy**.** Foreign Body Removal in Adults and Children, Karger, 96-107.

# 135. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp điều trị can thiệp lấy dị vật mắc lại thanh quản bằng cách sử dụng ống nội soi mềm soi trực tiếp vào thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật tại thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Dị vật có kích thước lớn không có kìm gắp phù hợp.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ , khẩu trang.
- Gạc.
- Bộ nội soi thanh khí quản ống mềm có kênh thủ thuật.
- Bộ kìm gắp dị vật ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 – 1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa hoặc có thể ngồi vô cảm gây tê tại chỗ, thầy thuốc ngồi đối diện hoặc trên phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1:** Đưa ống soi mềm qua mũi hoặc qua miệng tiếp cận thanh quản.

- Soi qua đường mũi: đưa ống soi tới cửa mũi sau, điều chỉnh ống soi hướng xuống dưới hạ họng và thanh quản.
- Soi qua đường miệng: đặt miếng bảo vệ trong miệng người bệnh, đưa ống soi đi qua khoang miệng, điều chỉnh ống soi hướng xuống dưới hạ họng và thanh quản.

**6.2. Bước 2:** Phát hiện và gắp dị vật.

- Tiến hành quan sát và phát hiện dị vật tại các vị trí giải phẫu của thanh quản.
- Khi đã xác định được vị trí của dị vật, tiến hành gắp dị vật bằng kẹp gắp phù hợp.

**6.3. Bước 3:** Soi kiểm tra lại.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo quy trình riêng.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê tốt thanh quản, xử trí co thắt thanh quản theo phác đồ.
- Suy hô hấp cấp do dị vật bít tắc thanh quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ hoặc mở khí quản tối cấp.
- Dị vật rơi khỏi thanh quản xuống khí phế quản: đưa ống soi tới khí phế quản tìm và gắp dị vật.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Phù nề thanh quản: Thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu tình trạng không cải thiện tiến hành mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Don Hayes, Kara D. Meister (2023).Pediatric Bronchoscopy for Clinicians. Basics of flexible bronchoscopy and equipment, CRC Press, p16-29.
2. Ko-Pen Wang, J. Francis Turner,Atul C. Mehta(2020). Flexible Bronchoscopy. Foreign Body Aspiration and Flexible Bronchoscopy , Wiley Blackell, p319-328.
3. C.T Bolliger, P.N Mathur (2000).Interventional Bronchoscopy**.** Foreign Body Removal in Adults and Children, Karger, p96-107.

# 136. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG SINH THIẾT U

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi thanh quản cứng lấy một mảnh tổn thương ở vùng thanh quản để chẩn đoán mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống (ví dụ: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi).
- Khó thở thanh quản cấp II.
- Khối u mạch máu.
- Khít hàm.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện:

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3.Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ soi thanh quản ống cứng.
- Kìm sinh thiết thanh quản.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1:Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn nắp thanh thiệt, sụn phễu, dùng ống soi nâng nhẹ sụn nắp thanh thiệt để bộc lộ toàn bộ thanh quản từ mép trước tới mép sau.

**6.2. Bước 2:Đánh giá tổn thương**

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương ở các vị trí: sụn thanh thiệt, tiền đình thanh quản, băng thanh thất, buồng Morgani, 2 dây thanh, chú ý đánh giá mức độ di động của dây thanh và sụn phễu 2 bên (trong trường hợp người bệnh được gây tê).

**6.3. Bước 3**: **Sinh thiết tổn thương**

- Dùng kìm sinh thiết phù hợp bấm một hoặc vài mảnh tổ chức ở các vị trí cần thiết.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4**:

- Kiểm tra và cầm máu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo quy trình riêng

- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Sốt cao, tím tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenaline 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.
2. Gerald M. English, MD (1991), *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, p1-6.
3. Randall L.Plant, Robin A.Samlan (2005), Visual documentation of the larynx, *Cummings Otolaryngology*, *Head and Neck Surgery*, Elsevier Mosby, p1989-2007.

# 137. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT U

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi mềm thanh quản lấy một mảnh tổn thương ở vùng thanh quản để chẩn đoán mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH:

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Khó thở thanh quản cấp II.
- Khối u mạch máu.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ soi thanh quản ống mềm có kênh thủ thuật.
- Bộ kìm sinh thiết thanh quản.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa, thầy thuốc ngồi đối diện hoặc trên phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Đặt ống nội soi**

- Lựa chọn loại ống mềm phù hợp với người bệnh.
- Đưa ống mềm qua đường mũi: đưa ống soi mềm vào 1 trong 2 bên hốc mũi, lựa chọn hốc mũi nào rộng hơn.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi dọc theo sàn mũi, khi tới cửa mũi sau thì điều chỉnh cho ống soi đi xuống dưới dọc thành sau họng- hạ họng -thanh quản để quan sát toàn bộ thanh môn.

**6.3. Bước 3**: **Đánh giá tổn thương**

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương ở các vị trí: sụn thanh thiệt, tiền đình thanh quản, băng thanh thất, buồng Morgani, 2 dây thanh, chú ý đánh giá mức độ di động của dây thanh và sụn phễu 2 bên (trường hợp người bệnh được gây tê).

**6.4. Bước 4: Sinh thiết tổn thương**

- Dùng kìm sinh thiết phù hợp bấm một hoặc vài mảnh tổ chức ở các vị trí cần thiết.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5.Bước 5**: **Kiểm tra cầm máu kỹ.**

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.

- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Sốt cao, tím tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenaline 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, 179-212.
2. Randall L.Plant, Robin A.Samlan (2005), Visual documentation of the larynx, *Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, Elsevier Mosby, 1989-2007.

# 138. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN THỂ KHÓ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ra một đường thở mới ở khí quản (đoạn cổ) và đặt một ống mở khí quản làm cho đường hô hấp dưới thông ra ngoài da trong trường hợp trẻ em, u tuyến giáp to, u vùng cổ đè đẩy khí quản, sẹo hẹp khí quản và sau xạ trị vùng cổ, thoái hóa đốt sống cổ, gù, vẹo có thể gây tổn thương nặng đốt sống.

## 2. CHỈ ĐỊNH

**2.1. Chỉ định mở khí quản tuyệt đối**: khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

**2.2. Chỉ định mở khí quản tương đối**

- Mở khí quản để phòng ngừa trước trong những phẫu thuật lớn vùng cổ mặt có nguy cơ chảy máu.
- Làm giảm khoảng chết trong trường hợp phải hồi sức thở máy kéo dài.
- Bại liệt thể hành não, liệt cơ hô hấp.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

**5.1. Người thực hiện**

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

**5.2. Thuốc**

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc tê thấm.

**5.3. Thiết bị y tế**

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Ống mở khí quản các cỡ.
- Chỉ khâu các loại.
- Lưỡi dao các cỡ.
- Bộ mở khí quản người lớn hoặc bộ mở khí quản trẻ em.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Trong trường hợp tối cấp có thể dùng một kim to (Trocar) hoặc dao phẫu thuật chọc qua màng giáp nhẫn hoặc có thể thay thế bằng kim lấy thuốc hoặc rạch dọc qua khí quản.
- Vô cảm: gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ (tiêm thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch vào vùng rạch da).
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh kê vai ngửa cổ gối đầu tròn.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da trên hõm ức, khoảng 3-5cm từ bờ trước cơ ức đòn chũm bên trái tới bên phải.

**6.2. Bước 2*:* Bóc tách cơ**

- Bóc tách nhóm cơ dưới móng sang 2 bên, bộc lộ eo giáp vén hoặc cắt eo giáp bộc lộ mặt trước khí quản. Lưu ý với trường hợp sau xạ trị tổ chức liên kết sẽ dính, chảy máu nhiều phải đi theo từng lớp bình diện giải phẫu và cầm máu kỹ.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ khí quản**

- Bóc tách tổ chức trước khí quản để bộc lộ khí quản.

**6.4. Bước 4: Rạch vào khí quản**

- Rạch khí quản qua màng liên sụn, tùy vào từng chỉ định. (Trước khi rạch khí quản tiêm nhanh 1ml thuốc tê thấm vào khí quản để giảm phản xạ ho).
- Có 3 mức độ mở tùy vào chỉ định của phẫu thuật:
- Mở cao: rạch qua màng liên sụn khí quản 2-3.
- Mở trung bình: rạch qua màng liên sụn khí quản 3-4.
- Mở thấp: rạch qua màng liên sụn khí quản 4-5.

**6.5. Bước 5**: **Đặt ống mở khí quản**

- Đặt ống mở khí quản với kích cỡ phù hợp.
- Khâu chỉ chờ ở khí quản phòng trường hợp tuột ống.

- Khâu da.

**6.6. Bước 6**

- Cố định ống mở khí quản và đặt yếm.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Không tìm được khí quản: kết hợp soi mềm định hướng.
- Không đặt được ống vào khí quản: kiểm tra và đặt lại ống.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí: xử trí tùy mức độ.
- Tuột canuyn ra ngoài khí quản: đặt lại canuyn.
- Co thắt đường thở: phối hợp chuyên khoa gây mê hồi sức xử trí.
- Thủng thành sau khí quản: xử trí tùy mức độ.
- Tử vong.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh.
- Tụt canuyn ra ngoài khí quản: đặt lại ống mở khí quản.
- Rò khí thực quản: khâu lại.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo hẹp khí quản: phẫu thuật chỉnh hình khí quản nếu có chỉ định.
- Lỗ mở không liền: khâu lại lỗ mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Lợi (2015). *Các phẫu thuật họng-thanh-thực quản*. Nhà xuất bản Y học, 126-144.
2. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*. Nhà xuất bản Y học, 135-137.
3. Myers EN, David M, Eibling D (2017) *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery*. Chapter 19 Open Tracheostomy. Elsevier Health Sciences; 137 – 145.

# 139. PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo ra đường thở mới ở khí quản ra ngoài da vùng cổ. [1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Bít tắc đường hô hấp trên do các nguyên nhân: khối u, viêm nhiễm, dị vật, chấn thương vùng cổ, sẹo hẹp thanh khí quản, liệt cơ mở thanh quản.
- Dự phòng trước các phẫu thuật lớn vùng đầu cổ.
- Mục đích hồi sức chung (ví dụ: hồi sức cần thở máy kéo dài, bại liệt thể hành não, liệt cơ hô hấp).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Ống mở khí quản.
- Lưỡi dao.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mở khí quản.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện (ví dụ: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng).
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 02 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật/phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ/ gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người nằm ngửa, kê gối dưới vai, cố định đầu.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tiêm thấm vùng rạch da.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da đường rạch tùy thuộc vào vị trí mở khí quản cao, thấp hay trung bình, bóc tách vạt da và tổ chức dưới da.

**6.2. Bước 2: Tách cơ**

- Rạch cân nông theo đường giữa, vén cơ dưới móng sang 2 bên.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ khí quản**

- Bóc tách tổ chức trước khí quản, vén eo giáp lên trên hoặc xuống dưới hoặc cắt eo tuyến giáp.

**6.4. Bước 4: Mở vào khí quản**

- Rạch dọc qua vòng sụn khí quản hoặc rạch ngang qua màng gian sụn khí quản. [3]

**6.5. Bước 5:Đặt ống mở khí quản**

- Đặt ống mở khí quản vào khí quản, kiểm tra ống mở khí quản vào đúng lòng khí quản, bơm bóng chặn.

**5.1. Bước 6: Cố định ống mở khí quản**

- Khâu cố định vào da vùng cổ hoặc buộc dây cố định ống mở khí quản.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo mức độ.
- Tràn khí màng phổi: mở dẫn lưu màng phổi.

- Co thắt thanh khí quản: xử trí theo quy trình.
- Ống mở khí quản đặt sai vị trí: kiểm tra và đặt lại ống mở khí quản.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất: xử trí theo quy trình.
- Tràn khí màng phổi: mở dẫn lưu màng phổi.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh.
- Tụt ống mở khí quản: đặt lại ống mở khí quản.
- Rò khí thực quản: xử trí theo quy trình.

**7.3. Di chứng**

Sẹo hẹp khí quản: chỉnh hình sẹo hẹp khí quản tùy theo các mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray M., Shen C., Massey B. et al. (2022), Retrospective analysis of post-tracheostomy complications, *American Journal of Otolaryngology*, 43(2), 103350.
2. Kligerman M. P., Saraswathula A., Sethi R. K. et al. (2020), Tracheostomy complications in the emergency department: a national analysis of 38,271 cases, *ORL*, 82(2), 106-114.
3. Lipton G., Stewart M., McDermid R. et al. (2020), Multispecialty tracheostomy experience, *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 102(5), 343-347.

# 140. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG CỨNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là lấy khối u lành tính vùng khí quản bằng bộ nội soi khí quản ống cứng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khó thở thanh quản cấp II.
- Khối u mạch máu.
- Khít hàm.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).
- Người bệnh có bất thường về răng như răng giả, răng lung lay (đặc biệt răng cửa hàm trên).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ vi phẫu khí quản.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ soi khí phế quản ống cứng.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ nội soi cắt hút.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- - Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- - Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1,5 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê qua ống soi khí quản hoặc gây mê qua lỗ mở khí quản nếu người bệnh đã mở khí quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt ống soi treo thanh quản, dùng nội soi quan sát đánh giá tổn thương.
- Đặt ống soi khí quản đưa qua thanh môn xuống khí quản bộc lộ toàn bộ khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt bỏ u khí quản**

- Cắt bỏ toàn bộ khối u khí quản.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.2. Bước 3: Cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu: sử dụng thuốc cầm máu tại chỗ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.

- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất: xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do phù nề: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Rò khí thực quản.

**7.3. Di chứng**

- Sẹo hẹp khí quản.
- Liệt thần kinh thanh quản quặt ngược.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eckel H.E (2004). Laser for benign diseases of the larynx, hypopharynx and trachea, In: Huettenbrink K.B, *ed. Lasers in Otorhinolaryngology*, Thieme, 5, 90-109.
2. Steiner W., Ambrosch P (2000). Endoscopic Microsurgical Laser Treatment of Benign Diseases of the Upper Aerodigestive Tract. In: Steiner W., Ambrosch P, ed. *Endoscopic Laser Surgery of the Upper Aerodigestive Tract*, NY:Thieme,2, 21-32.
3. Villari C.R, Statham M.M (2014). Infection, Infiltration, and Benign Neoplasms of the Larynx, In: Jonhson J.T, Rosen C.A, eds. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*. vol 1.5th ed.Lippincott WW, 67, 983-985.

# 141. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG MỀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi cắt bỏ u lành tính ở khí quản bằng ống nội soi mềm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính ở khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các khối u giàu mạch máu có nguy cơ chảy máu cao.
- Khối u có kích thước lớn không lấy được bằng ống soi mềm.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi phế quản ống mềm có kênh thủ thuật.
- Bộ kìm dây.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện phẫu thuật:** Khoảng 1 - 1,5 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện:** Phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế:

+ Vô cảm gây tê: người bệnh ngồi trên ghế khám, lưng và đầu thẳng.

+ Vô cảm: gây mê: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn thương

- Đưa ống nội soi mềm qua mũi xuống thanh quản, qua khe thanh môn tới vị trí u tại khí quản.

### 6.2. Bước 2: Cắt tổn thương

- Dùng kìm dây đưa qua kênh làm việc của ống nội soi để cắt tổn thương. Có thể cắt một hoặc nhiều lần cho đến khi lấy hết hoàn toàn khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.3. Bước 3: Cầm máu

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Ngộ độc các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh khí quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí theo phác đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scarlata S., Fuso L., Lucantoni G. (2017). The technique of endoscopic airway tumor treatment. *J Thorac Dis*, 9(8), 2619–2639.

2. Gao H., Ding X., Wei D. (2011). Endoscopic management of benign tracheobronchial tumors. *J Thorac Dis*, 3(4), 255–261.
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành hô hấp (2016) – Nhà xuất bản Y học. 86-90.

# 142. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng tia laser lấy bỏ các khối u lành tính khí quản qua đường nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: Lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Bất thường về răng: răng giả, răng lung lay...

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Bộ ống soi thanh khí quản dùng cho phẫu thuật laser.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Máy laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế:

+ Người bệnh nằm ngửa, đầu cố định.
+ Đặt gạc ẩm mắt và vùng mặt quanh miệng, đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh.

- Chuẩn bị hệ thống laser:

+ Chọn hệ thống và chế độ laser phù hợp.
+ Hạ thấp nồng độ oxy trong khí thở.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt ống soi thanh quản cỡ nhỏ hoặc ống soi khí quản phù hợp kích cỡ đưa qua thanh môn xuống khí quản bộc lộ toàn bộ khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt bỏ u khí quản**

- Dùng laser cắt bỏ toàn bộ khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Cháy nổ do laser: xử trí theo quy trình cháy nổ do laser.

- Thủng bóng chèn nội khí quản: thay ống nội khí quản.
- Tổn thương răng: hội chẩn chuyên khoa răng hàm mặt nếu cần.
- Bầm tím hoặc rách trụ amidan: xử trí tùy theo mức độ.
- Trật khớp nhẫn phễu: tiến hành nắn chỉnh lại khớp nhẫn phễu.

**7.2. Tai biến sau phẫu thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí dưới da: xử trí theo mức độ tràn khí.
- Khó thở do phù nề: xử trí tùy theo mức độ.

**7.3. Di chứng sau phẫu thuật**

- Sẹo dính thanh khí quản: xử trí sẹo dính tùy theo mức độ.
- Khàn tiếng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eckel H.E (2004). Laser for benign diseases of the larynx, hypopharynx and trachea, In: Huettenbrink K.B,2nd ed. *Lasers in Otorhinolaryngology*,. Thieme, (5), 90-109.
2. Steiner W., Ambrosch P (2000). Endoscopic Microsurgical Laser Treatment of Benign Diseases of the Upper Aerodigestive Tract. In: Steiner W., Ambrosch P, ed. *Endoscopic Laser Surgery of the Upper Aerodigestive Tract*, NY:Thieme , 2, 21-32.
3. Villari C.R, Statham M.M (2014). Infection, Infiltration, and Benign Neoplasms of the Larynx, In: Jonhson J.T, Rosen C.A, eds. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*. vol 1.5th ed.Lippincott WW, 67, 983-985.

# 143. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG MỀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi cắt bỏ u lành tính ở phế quản bằng ống soi mềm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính phế quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các khối u giàu mạch máu có nguy cơ chảy máu cao.
- Khối u có kích thước lớn không lấy được bằng ống soi mềm.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.2. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi phế quản ống mềm có kênh thủ thuật.
- Bộ kẹp dây.
- Hệ thống máy hút.

### 5.3. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.5. Thời gian thực hiện phẫu thuật:** Khoảng 1-1,5 giờ.

**5.6. Địa điểm thực hiện:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm gây tê tại chỗ họng, hạ họng, thanh quản hoặc gây mê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế khám, lưng và đầu thẳng (gây tê) hoặc nằm ngửa kê gối vai (gây mê).

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn thương

- Đưa ống nội soi mềm qua mũi xuống thanh quản, qua khe thanh môn xuống khí quản rồi xuống đoạn phế quản có khối u để bộc lộ tổn thương.

### 6.2. Bước 2: Cắt tổn thương

- Dùng kẹp dây sinh thiết đưa qua kênh làm việc của ống nội soi để cắt tổn thương. Có thể cắt một hoặc nhiều lần cho đến khi lấy hết hoàn toàn khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.3. Bước 3: Cầm máu

### 6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Ngộ độc các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh khí quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí theo phác đồ.
- Tràn khí: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson JT, Rosen CA (2014). Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology. Wolters Kluwer Health, 882-965.
2. Vasconcelos D., Gomes A., và Araújo C. (2019). Vocal Fold Polyps: Literature Review. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 23(01), 116–124.
3. Wang C.-T., Liao L.-J., Huang T.-W. và cộng sự. (2015). Comparison of treatment outcomes of transnasal vocal fold polypectomy versus microlaryngoscopic surgery: Comparing Treatment Outcomes of Transnasal VFP Versus MLS. *The Laryngoscope*, 125(5), 1155–1160.

# 144. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG, ĐẶT STENT HẸP THANH KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là một kỹ thuật hỗ trợ cho đường thở một dụng cụ như giá đỡ thành thanh, khí, phế quản nhằm đảm bảo sự thông thoáng cho đường thở.

## 2. CHỈ ĐỊNH

### 2.1. Chỉ định đặt stent tạm thời

- Sẹo hẹp thanh quản, khí quản.
- Bít lỗ rò khí quản – thực quản.
- Chấn thương thanh, khí quản.

### 2.2. Chỉ định đặt stent vĩnh viễn

- Tổn thương ác tính của đường thở hoặc khối u ác tính chèn ép, xâm lấn đường thở như tuyến giáp, thực quản, hạch.
- Nhuyễn khí quản.
- Hẹp đoạn dài không còn chỉ định phẫu thuật.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không thể gây mê toàn thân (ví dụ: bệnh lý về phổi, suy thận).
- Dị ứng với vật liệu stent.

## 4. THẬN TRỌNG

- Gù vẹo cột sống, cổ ngắn khó đặt ống.
- Răng giả, răng yếu có nguy cơ gãy răng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, gạc.

- Bộ bóng nong khí quản (nếu cần).
- Stent khí quản silicon hoặc vĩnh viễn (kích thước theo lứa tuổi) hoặc stent thanh quản.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ soi khí quản ống cứng (kích thước phụ thuộc lứa tuổi) hoặc bộ soi treo thanh quản.
- Ống nội soi mềm (nếu có).
- Bộ đặt stent (bộ nén stent, ống đẩy).
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện (nếu cần).

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện (ví dụ: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng).
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê tĩnh mạch.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Đánh giá và nong sẹo hẹp**

- Đặt ống soi thanh quản hoặc khí quản có kích cỡ phù hợp với người bệnh.
- Đo chiều dài đoạn hẹp.
- Dùng ống soi khí quản cứng hoặc bóng nong sẹo hẹp.

**6.2. Bước 2: Chuẩn bị stent**

- Chọn kích cỡ stent phù hợp, cắt stent theo chiều dài đoạn hẹp (dài hơn đoạn tổn thương 0,5cm về mỗi phía).
- Luồn stent vào ống mang stent: đặt stent vào khay nén, ép stent lại, sau đó đẩy stent vào hệ thống mạng stent.

**6.3. Bước 3: Đặt stent vào vị trí hẹp**

**6.4. Bước 4: Chỉnh và cố định stent**

- Kiểm tra và chỉnh stent vào đúng vị trí. Đối với stent thanh quản cần khâu cố định ra phía ngoài.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Suy hô hấp: xử trí theo quy trình.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng khí phế quản gây tràn khí màng phổi, trung thất: xử trí tùy mức độ.
- Di lệch stent trong lòng khí phế quản: xử trí nội soi lại và dùng kìm để chỉnh stent.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Xẹp phổi do stent quá dài hoặc di lệch sai vị trí: xử trí nội soi chỉnh lại stent hoặc thay stent khác.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sùi 2 đầu stent: xử trí nội soi bấm sùi.
- Đứt stent: xử trí rút stent.
- Bít tắc stent do đờm, dịch tiết: xử trí nội soi bằng ống mềm hút đờm và dịch tiết.
- Di chuyển stent gây ho, khó thở: xử trí nội soi chỉnh lại stent hoặc thay stent khác.
- Dò khí thực quản: xử trí theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wilcox J.D, Nassar M. (2021), A modified laryngeal stent for Glotto-subglottic stenosis: a novel stent for better outcomes, *Ear, Nose & Throat Journal*, 100(5_suppl), 399S-403S.
2. Perryman M.C, Kraft S.M, Kavookjian H.L (2023), Laryngotracheal Reconstruction for Subglottic and Tracheal Stenosis, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 56(4), 769-778.
3. Melley L.E, Alnouri G., Sataloff R.T (2023), A novel surgical technique for posterior glottic stenosis using a silastic implant, *Journal of Voice*, 37(1), 110-116.

# 145. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG HẸP THANH KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng ống soi cứng để đưa các phương tiện vào lòng thanh khí phế quản để nong chỗ hẹp.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp khí quản dạng màng Cotton III, IV chiều dài đoạn hẹp dưới 10mm.
- Hẹp dạng màng hạ thanh môn.
- Vị trí sẹo hẹp khí quản sát hạ thanh môn.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chiều dài đoạn hẹp lớn hơn 10mm.
- Hẹp thanh khí quản phối hợp.
- Sẹo hẹp thành sau khí quản.
- Tình trạng nhiễm trùng khí quản nặng sau phẫu thuật cắt khí quản.
- Đã can thiệp nội soi nong trước đó 3 lần không thành công.
- Tổn thương khung sụn đáng kể.

## 4. THẬN TRỌNG

- Gù vẹo cột sống, cổ ngắn khó đặt ống.
- Răng giả, răng yếu có nguy cơ gãy răng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc cầm máu.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần corticosteroid (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Bộ bóng nong khí quản (nếu cần).

- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ soi thanh khí quản ống cứng các cỡ.
- Bộ soi treo thanh quản (nếu có).
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện (ví dụ: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng).
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê tĩnh mạch
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kêgối dưới vai, ngửa cổ tối đa.

**6.1. Bước 1**

- Đặt ống nội soi cứng hoặc ống soi treo thanh quản bộc lộ và đánh giá tình trạng sẹo hẹp.

**6.2. Bước 2: Nong sẹo hẹp**

- Có thể sử dụng bóng chuyên dụng hoặc chính ống soi cứng để nong.
- Nong bằng bóng: đưa ống soi đến gần chỗ hẹp, đưa bóng nong vào giữa đoạn hẹp, sau đó nong và làm lại nhiều lần cho đến khi đạt được kích thước mong muốn. [3]
- Nong bằng ống cứng (nguyên tắc nong từ ống nhỏ đến ống to): sử dụng đầu ống cứng để nong rộng lòng khí – phế quản bị hẹp bằng cách nhẹ nhàng lách đầu ống soi vào vùng hẹp sau đó xoay vòng trong để làm rộng vùng khí phế quản bị hẹp, không làm thô bạo để tránh rách thành khí phế quản.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra lại đường thở đủ rộng và không chảy máu.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Suy hô hấp: xử trí theo quy trình.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí do rách khí phế quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng khí phế quản gây tràn khí màng phổi, trung thất: xử trí theo quy trình.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm khuẩn: điều trị nội khoa.
- Rò khí thực quản: xử trí theo quy trình.

### 7.3. Di chứng

Theo dõi tình trạng tái hẹp: cần hẹn người bệnh khám lại, đánh giá tình trạng hẹp tái phát bằng nội soi khí quản ống mềm: xử trí nếu tái hẹp bằng nong lại, đặt stent hoặc cắt nối khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wilcox J. D, Nassar M. (2021), A modified laryngeal stent for Glotto-subglottic stenosis: a novel stent for better outcomes, *Ear, Nose & Throat Journal*, 100(5_suppl), 399S-403S.
2. Cantarella G., Gaffuri M., Torretta S. et al. (2020), Outcomes of balloon dilation for paediatric laryngeal stenosis, *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 40(5), 360.
3. Powell S., Keltie K., Burn J. et al. (2020), Balloon dilatation for paediatric airway stenosis: Evidence from the UK Airway Intervention Registry, *Clinical Otolaryngology*, 45(3), 334-341.

# 146. PHẪU THUẬT CẮT SẸO HẸP THANH KHÍ QUẢN BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng tia laser để cắt sẹo hẹp ở thanh quản và khí quản để đạt được khẩu độ thanh khí quản thích hợp giúp người bệnh thông khí tốt hơn và giảm cảm giác khó thở.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp thanh khí quản dạng màng, chiều dài đoạn hẹp dưới 10mm.
- Sẹo dính dây thanh.
- Màng chân vịt thanh quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp hạ thanh môn.
- Chiều dài đoạn hẹp lớn hơn 10mm.
- Hẹp thanh khí quản phối hợp.
- Tình trạng nhiễm trùng khí quản nặng sau phẫu thuật cắt khí quản.
- Đã can thiệp nội soi trước đó 3 lần không thành công.
- Mất khung sụn đáng kể.

## 4. THẬN TRỌNG

- Sẹo dạng màng Cotton IV vì nguy cơ làm thủng khí quản.
- Gù vẹo cột sống, cổ ngắn khó đặt ống.
- Răng giả, răng yếu có nguy cơ gãy răng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc cầm máu.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Bộ bóng nong thanh khí quản (nếu cần).

- Ống nội khí quản cho phẫu thuật laser (nếu có).
- Kính mắt bảo vệ.
- Bộ nội soi tai mũi họng hoặc kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ soi phế quản ống cứng.
- Bộ soi treo thanh quản (nếu cần).
- Máy laser.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Đảm bảo an toàn laser**

- Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh và kíp phẫu thuật.
- Đặt gạc ẩm che phủ các vùng da hở.
- Hạ thấp nồng độ oxy trong khí hít vào.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ tổn thương**

- Đặt càng soi treo thanh quản hoặc ống nội soi cứng khí quản có kích thước phù hợp với người bệnh (thực hiện quy trình nội soi phế quản ống cứng).

**6.3. Bước 3: Đánh giá tổn thương**

- Dùng kính hiển vi phẫu thuật hoặc hệ thống nội soi tai mũi họng đánh giá tổn thương ở thanh khí quản.

**6.4. Bước 4: Cắt tổn thương**

- Điều chỉnh năng lượng của chùm laser cho phù hợp.
- Cắt sẹo hẹp thanh quản: dùng tia laser cắt phần dính thanh quản từ dưới lên trên đến sát mép trước (đảm bảo thanh môn đủ rộng). [3]

- Cắt sẹo hẹp khí quản: dùng tia laser cắt sẹo hẹp từ trên xuống dưới ở các vị trí 9h, 12h, 3h. Sau khi đã cắt được sẹo hẹp nhưng chưa đủ rộng có thể sử dụng bóng nong hoặc ống soi cứng để nong sẹo tại vị trí hẹp.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Suy hô hấp: xử trí rút ống soi cứng, tiến hành thông khí cho người bệnh, có thể dùng các thuốc khí dung, giãn phế quản nếu có hiện tượng co thắt cơ trơn.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Bỏng khí phế quản: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm khuẩn: Nếu sau soi người bệnh sốt, ho khạc đờm màu đục thì cấy đờm tìm vi khuẩn gây bệnh và điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Theo dõi tình trạng tái hẹp: xử trí cần hẹn người bệnh khám lại, đánh giá tình trạng hẹp tái phát bằng nội soi khí quản ống mềm. Nếu tái hẹp sẽ nong lại hoặc cắt nối khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mesolella M., Di Lullo A. M., Testa D. et al. (2020), The CO2-laser in the treatment of laryngeal and tracheal stenosis. Our personal experiences, *Annali Italiani di Chirurgia*, 91(3), 239-247.
2. Liang K. Y., Miller K. M., Syed F. et al. (2024), Laser Versus Cold Steel for Endoscopic Management of Subglottic Stenosis, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*.
3. Ekbom D. C., Bayan S. L., Goates A. J. et al. (2021), Endoscopic Wedge Excisions with CO2 Laser for Subglottic Stenosis, *Laryngoscope*, 131(4).

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

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp hạ thanh môn nặng (Cotton III, IV).
- Thất bại của phẫu thuật cắt nối khí quản tận - tận.
- Tổn thương khí quản dài trên 5cm.
- Tổn thương khí quản ở thành trước, sau khí quản.
- Sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lớn tại khí quản.
- Nhuyễn sụn khí quản mức độ nặng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không ổn định về sức khỏe để gây mê toàn thân.

## 4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp cổ béo và ngắn khó bộc lộ toàn bộ khí quản đoạn cao.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu.
- Dao mổ.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ nội soi ống mềm.
- Bộ soi treo thanh quản.

- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 03 - 04 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**6.1. Bước 1: Mở khí quản**

- Người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa.
- Mở khí quản trung bình nếu người bệnh chưa được mở khí quản (quy trình mở khí quản).
- Gây mê qua lỗ mở khí quản.

**6.2. Bước 2: Lấy sụn sườn**

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da và tổ chức dưới da bề mặt lưng xương sườn số 8,9 bộc lộ phần sụn sườn.
- Cắt màng sụn dọc bờ tự do.
- Dùng bay bóc tách và lóc màng sụn mặt sau ra khỏi sụn sườn, giữ lại màng sụn ở phía trước.
- Tiến hành cắt sụn sườn.
- Kiểm tra thủng màng phổi.
- Đóng lại hố mổ và đặt dẫn lưu kín.

**6.3. Bước 3: Tạo hình mảnh ghép**

- Dùng dao gọt sụn sườn vừa lấy được thành hình chêm có kích thước phù hợp.

**6.4. Bước 4: Phẫu thuật chỉnh hình thanh khí quản**

- Rạch da và tổ chức dưới da theo nếp lằn cổ.
- Bộc lộ trục thanh – khí quản: phía trên đến bờ trên sụn giáp, phía dưới có thể xuống lỗ mở khí quản.
- Cắt cung sụn nhẫn theo đường giữa bộc lộ lòng khí quản, hạ thanh môn và bản nhẫn phía sau.
- Cắt tổ chức xơ sùi trong lòng khí quản (nếu có).

- Cắt dọc bản nhẫn phía sau, bóc tách màng sụn và khung sụn.
- Đặt mảnh ghép phía sau sao cho mặt có màng sụn hướng vào lòng khí quản
- Đặt mảnh ghép phía trước, khâu mũi cố định xung quanh bằng chỉ tiêu, mũi rời, với kỹ thuật khâu dưới niêm mạc khí quản.
- Kiểm tra dò khí bằng cách đổ nước muối vào hốc mổ.
- Đóng lại hốc mổ theo các lớp giải phẫu.
- Đặt sonde dạ dày

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

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng màng phổi: xử trí đặt dẫn lưu màng phổi hút áp lực âm liên tục 48h.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tràn khí: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: Xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng thải trừ mảnh ghép: mổ lại để lấy bỏ mảnh ghép.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo hẹp tái phát: mở khí quản vĩnh viễn.
- Rò khí thực quản: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schweiger T., Roesner I., Rodrigues I.S. et al. (2022), Functional outcome after single-stage laryngotracheal reconstruction with rib cartilage grafting, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 163(1), 313-322. e3.
2. Tan L., Li Q., Chen C. (2024), Outcomes of surgical repair of Type III and IV laryngotracheoesophageal clefts with posterior cartilage grafting, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1-7.
3. Perryman M.C, Kraft S.M, Kavookjian H.L (2023), Laryngotracheal Reconstruction for Subglottic and Tracheal Stenosis, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 56(4), 769-778.

# 148. NỐI KHÍ QUẢN TẬN - TẬN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ phần khí quản bị hẹp và nối 2 đầu khí quản tận tận để phục hồi đường thở.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo hẹp khí quản thứ phát, không đáp ứng với phương pháp nong bóng bảo tồn, đặt stent hoặc sau phẫu thuật bằng laser thất bại. [2]
- U khí quản (u lành tính hoặc ác tính), u xâm lấn vào khí quản.
- Các chỉ định khác: rò khí thực quản, chấn thương khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khí quản bị hẹp trên 50% chiều dài.
- Tổn thương thanh quản kèm theo.
- Khối u khí quản đã di căn.
- Trường hợp đã xạ trị trước.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

**5.2. Thuốc:** Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu.
- Lưỡi dao.
- Bộ nội soi phế quản ống mềm.
- Bộ soi khí quản ống cứng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 03 - 04 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa.

* Mở khí quản theo quy trình riêng

- Gây mê qua lỗ mở khí quản.
- Đặt ống nội khí quản thứ 2 qua mũi họng thanh quản tới chỗ hẹp khí quản.

**6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương**

- Dùng ống soi khí quản cứng đánh giá thanh môn, hạ thanh môn, khí quản và đoạn hẹp.
- Đo chiều dài đoạn hẹp.

**6.2. Bước 2**: **Bộc lộ khí quản đoạn hẹp**

- Rạch da đường chữ U từ bờ trước cơ ức đòn chũm hai bên đến lỗ mở khí quản.
- Bộc lộ, bóc tách trục thanh khí quản ở đường giữa, thành sau và giải phóng toàn bộ đoạn hẹp khí quản. Chú ý vùng đã mở khí quản cũng cần bộc lộ rộng hai bên cũng như lên trên và xuống dưới đoạn hẹp và bảo tồn dây thần kinh quặt ngược 2 bên ở thành sau khí quản.
- Nếu đoạn hẹp cả ở vùng lỗ mở khí quản thì giải phóng đoạn khí quản trên và dưới chỗ mở khí quản.
- Đánh giá lại chính xác độ dài chỗ hẹp.

**6.3. Bước 3**: **Cắt bỏ đoạn sẹo hẹp**

- Cắt bỏ đoạn hẹp khí quản đến tận mép của khí quản bình thường.
- Cắt cơ dưới móng (có thể cả cơ trên móng) để kéo thanh quản xuống dưới. Chú ý tránh tổn thương thần kinh quặt ngược.

**6.4. Bước 4**: **Nối khí quản tận tận**

- Giải phóng trục khí quản ở đầu trên và dưới chỗ đã cắt bỏ.
- Người bệnh gập cổ (để đầu người bệnh cúi xuống).
- Đặt ống nội khí quản qua đường mũi và đưa xuống qua đoạn cắt và mở khí quản (rút ống mở khí quản), gây mê qua ống nội khí quản.

- Khâu nối tận – tận hai đầu khí quản lành ở mặt sau, mặt bên và trước bằng chỉ mũi rời tự tiêu.

**6.5. Bước 5: Phục hồi bình diện giải phẫu**

- Khâu phục hồi các lớp theo bình diện giải phẫu và đặt dẫn lưu kín. Không làm tổn thương đến dây thần kinh quặt ngược. Nếu cần mở lồng ngực để kéo khí quản lên thì cần phối hợp với bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực.
- Đặt sonde dạ dày.
- Khâu cố định cằm ngực bằng chỉ không tiêu 2-0, từ dưới cằm đến hõm ức.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí do hở hoặc bục miệng nối: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: điều trị nội khoa.

**7.3. Di chứng**

- Sẹo hẹp tái phát: xử trí tùy mức độ.
- Bục miệng nối muộn: xử trí tùy mức độ.
- Liệt dây thần kinh quặt ngược: xử trí tùy mức độ
- Rò khí thực quản: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He J., Xu X., Lan L. et al. (2022), End-to-side anastomosis in complex tracheal resection and reconstruction: a case series study, *Translational Lung Cancer Research*,11(2), 165.
2. Piazza C., Lancini D., Tomasoni M. et al. (2021), Tracheal and cricotracheal resection with end-to-end anastomosis for locally advanced thyroid cancer: a systematic review of the literature on 656 patients, *Frontiers in endocrinology*, 12, 779999.
3. Xia X., Zhu X, Zhu Y. et al. (2024), Sleeve resection with end-to-end anastomosis in the reconstruction of tracheal defects exceeding six rings: a clinical feasibility study and safety assessment, *Frontiers in Surgery*, 10, 1229522.

# 149. PHẪU THUẬT VI PHẪU CẮT NẸP PHỄU THANH THIỆT 2 BÊN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật chỉnh hình làm rộng vùng thượng thanh môn đã bị hẹp do mềm sụn thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Mềm sụn thanh quản mức độ nặng (ví dụ: khó thở, ngưng thở, tím, tăng áp động mạch phổi, suy tim phải).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tình trạng suy hô hấp nặng, cần cân nhắc mở khí quản trước phẫu thuật).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, gạc.
- Bộ ống soi thanh quản cứng các cỡ.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Máy laser/ coblator (nếu dùng laser/ coblator để cắt mô và tổ chức).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 -1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản**

- Dùng ống soi thanh quản cứng bộc lộ thanh quản.

**6.2. Bước 2: Chỉnh hình thượng thanh môn**

- Giải phóng phần dính giữa sụn thanh thiệt và sụn phễu bằng cách cắt nẹp phễu thanh thiệt 2 bên bằng kéo vi phẫu hoặc laser/ coblator.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra và cầm máu**

- Cầm máu tại chỗ bằng bông tẩm thuốc có thành phần co mạch.

**6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: Xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Phù nề thanh quản: thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu tình trạng không cải thiện tiến hành mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Remacle M, Eckel HE (2022), eds. Textbook of Surgery of Larynx and Trachea. 2nd ed, *Laryngeal Surgery in Children*, Springer, 180-181.
2. Carter J, Rahbar R, Brigger M (2022), et al. International Pediatric ORL Group (IPOG) laryngomalacia consensus recommendations. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. X, 86, 256-261.
3. Camacho M, Dunn B (2016), et al. Supraglottoplasty for laryngomalacia with obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. Laryngoscope, 126(5), 1246-55.

# 150. PHẪU THUẬT ĐẶT VAN PHÁT ÂM SAU CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đã cắt thanh quản toàn phần.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có khả năng sử dụng và chăm sóc van (ví dụ: run tay, sa sút trí tuệ).
- Khít hàm nặng hoặc hạn chế ngửa cổ.
- Hẹp thực quản cổ.

## 4. THẬN TRỌNG

Các người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định.

Lỗ thở quá hẹp.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Van phát âm.
- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ đặt van phát âm.
- Ống nội soi thực quản.
- Bộ dao mổ điện.

- Máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật**: Khoảng 1 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đặt gối vai.

**6.1. Bước 1**

- Với đặt van thì 1: luồn ống bảo vệ họng vào thực quản của người bệnh đến ngang mức đầu khí thực quản đã cắt sao cho đầu vát của ống áp sát vào thành thực-khí quản.
- Với đặt van thì 2: dùng ống soi thực quản 30 cm soi ống họng kiểm tra khi thấy đầu ống ngang đến miệng lỗ thở, xoay ống 180 độ sao cho mặt vát của ống áp sát vào thành khí thực quản.

**6.2. Bước 2**

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

**6.3. Bước 3**

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

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: ít xảy ra, thường do rách thành khí thực quản, xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thành sau thực quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụt van: đặt lại van, trong trường hợp tụt vào trong khí quản phải nội soi đường thở để lấy van.
- Rò thực quản – khí quản.
- Tổn thương thành sau thực quản gây nhiễm trùng: kháng sinh, đặt sonde dạ dày, nếu có áp xe thì mổ dẫn lưu.

### 7.3. Di chứng

- U hạt quanh van khí thực quản: lấy bỏ u hạt.
- Nhiễm nấm quanh vị trí đặt van.
- Tụt van.
- Không phát âm được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012) Quyết định số 3978/QĐ-BYT. Quyết định về ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng. 315-317.
2. Vikas M, Eugene NM, Carl H. Snyderman (2017). Midline Voice Restoration After Total Laryngectomy. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery.* Third edition. Elsevier Health Sciences; 669 -692.
3. Greg R, Cohen JI, Clayman GL (2011) Stomaplasty for Hands-Free Voice with Tracheoesophageal Puncture.*Atlas of head & neck surgery.* Elsevier Health Sciences; 373- 382.

# 151. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN VÀ THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật khôi phục kích thước đường thở trên người bệnh bị tổn thương thanh khí quản nhằm đảm bảo chức năng hô hấp và giọng nói. Phạm vi kỹ thuật áp dụng cho các trường hợp sẹo hẹp hạ thanh môn.[1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hạ thanh môn mức độ Cotton II, III.
- Hẹp hạ thanh môn Cotton IV dạng màng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không ổn định về sức khỏe để gây mê toàn thân.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu.
- Lưỡi dao.
- Stent thanh quản (nếu cần).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ soi treo thanh quản.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 03 - 04 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

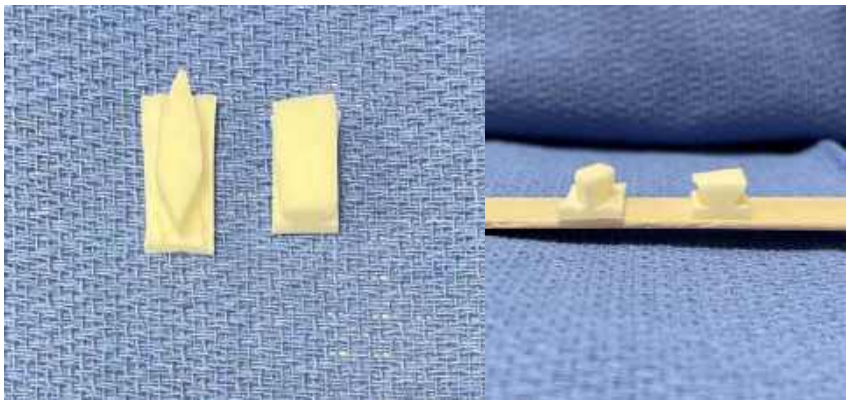
- Vô cảm: gây mê qua lỗ mở khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa, cố định đầu.
- Mở khí quản trung bình nếu người bệnh chưa được mở khí quản (quy trình mở khí quản).

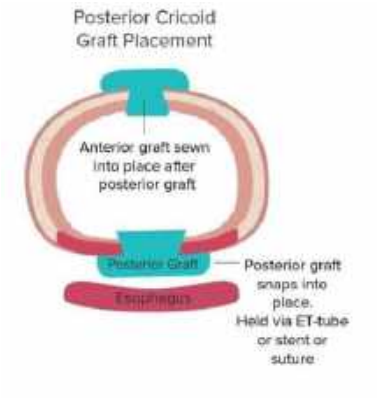
**6.1. Bước 1: Lấy sụn sườn số 5 hoặc số 8, 9 bên phải dài 6 cm**

- Tiêm thấm vùng rạch da.
- Rạch da và tổ chức dưới da bộc lộ phần sụn sườn số 5 hoặc 8,9 bên phải.
- Cắt màng sụn dọc bờ tự do.
- Dùng bay bóc tách và lóc màng sụn mặt sau ra khỏi sụn sườn, giữ lại màng sụn ở phía trước.
- Tiến hành cắt sụn sườn.
- Kiểm tra thủng màng phổi.
- Đóng lại hố mổ và đặt dẫn lưu kín.

**6.2. Bước 2: Tạo hình mảnh ghép**

- Mảnh ghép phía sau có hình chữ nhật có khía trong đó chiều rộng 5mm, chiều dài tùy thuộc tổn thương, chiều dày 10mm (thay đổi theo thực tế). Mặt quay về phía lòng khí quản có màng sụn.
- Mảnh ghép phía trước có hình thuyền dạng chêm.






*Hình 1:* mảnh ghép phía trước bên trái, mảnh ghép phía sau bên phải

### 6.3. Bước 3: Phẫu thuật chỉnh hình thanh khí quản

#### 6.3.1. Chỉnh hình thanh khí quản một thì

- Rạch da và tổ chức dưới da theo nếp lằn cổ.
- Bộc lộ trục thanh – khí quản: Phía trên đến bờ trên sụn giáp, phía dưới có thể xuống lỗ mở khí quản.
- Cắt cung sụn nhẫn theo đường giữa bộc lộ lòng khí quản, hạ thanh môn và bản nhẫn phía sau.
- Cắt tổ chức xơ sùi trong lòng khí quản (nếu có).
- Cắt dọc bản nhẫn phía sau, bóc tách màng sụn và khung sụn.
- Đặt mảnh ghép phía sau sao cho mặt có màng sụn hướng vào lòng khí quản
- Đặt mảnh ghép phía trước, khâu mũi cố định xung quanh bằng chỉ tiêu 4.0 với kỹ thuật khâu dưới niêm mạc khí quản.
- Kiểm tra dò khí bằng cách đổ nước muối vào hốc mổ.
- Đóng lại hốc mổ theo các lớp giải phẫu.

#### 6.3.2. Chỉnh hình thanh khí quản hai thì

- Được chỉ định khi cần đặt ống nong kéo dài nhằm cố định mảnh ghép và ngăn ngừa mô sẹo gây co rút. Có nhiều loại ống nong khác nhau được lựa chọn như Montgomery, Aboulker hoặc ống chữ T. Thời gian đặt stent 3-6 tuần, một số người bệnh có thể đặt lâu hơn.
- Kỹ thuật tương tự như chỉnh hình thanh khí quản một thì.
- Sau khi đặt mảnh ghép phía sau, tiến hành đặt stent thanh khí quản và đặt mảnh ghép phía trước.
- Ống nong và ống mở khí quản sẽ được rút ra trong một phẫu thuật khác, sau phẫu thuật lần 1 khoảng 3-6 tuần.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng màng phổi: đặt dẫn lưu màng phổi hút áp lực âm liên tục 48h.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tràn khí: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng thải trừ mảnh ghép: điều trị kháng sinh phù hợp.

### 7.3. Biến chứng muộn

Sẹo hẹp tái phát: mở khí quản vĩnh viễn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCormick M. E. (2022), Trends in subglottic stenosis management: resource utilization and pediatric otolaryngology training, *The Laryngoscope*, 132, S1-S9.
2. Guilcher P., Sandu K. (2022), "Subglottic and Tracheal Stenosis", *Textbook of Surgery of Larynx and Trachea*, Springer, 249-286.
3. Schweiger T., Roesner I., Rodrigues I.S. et al. (2022), Functional outcome after single-stage laryngotracheal reconstruction with rib cartilage grafting, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 163(1), 313-322. e3.

# 152. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH THANH QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm khôi phục đường thở sau chấn thương.[1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương thanh quản kín nhóm III, IV: rách niêm mạc nhiều, lộ sụn, cố định dây thanh, vỡ sụn giáp di lệch nhiều.
- Vết thương thanh quản hở.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu.
- Lưỡi dao.
- Chỉ thép hoặc nẹp vít.
- Ống nong thanh quản (nếu có).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ soi khí quản ống cứng hoặc mềm.
- Bộ soi thực quản ống cứng hoặc mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Khoan cắt (nếu có).
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu, kê gối vai.

**6.1. Bước 1: Mở khí quản**

- Mở khí quản trung bình.
- Gây mê qua ống mở khí quản.

**6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương**

- Soi thanh khí phế quản và thực quản bằng ống cứng hoặc mềm, quan sát trên màn hình nội soi để đánh giá chi tiết tổn thương.[2]

**6.3. Bước 3: Bộc lộ sụn giáp**

- Rạch ra theo nếp lằn cổ ngang mức màng nhẫn giáp, kéo vạt da lên trên và xuống dưới, bộc lộ sụn giáp.

**6.4. Bước 4: Bộc lộ đánh giá tổn thương**

- Mở sụn giáp theo đường dọc và bộc lộ lòng thanh quản.
- Đánh giá tổn thương trong lòng thanh quản.
- Thăm dò đánh giá vị trí và khả năng di động của sụn phễu.

**6.5. Bước 5: Khâu phục hồi tổn thương**

- Cố định đường vỡ cánh sụn giáp bằng nẹp vít hoặc chỉ thép.[3]
- Khâu phục hồi niêm mạc rách hoặc lộ sụn bằng chỉ tiêu 5-0 hoặc 6-0.
- Khâu mép trước dây thanh vào màng sụn hoặc sụn giáp tại vị trí cắt.
- Đặt ống nong thanh quản được chỉ định khi rách niêm mạc phức tạp hoặc vỡ sụn giáp phức tạp gây có nguy cơ gây sẹo hẹp thanh quản.
- Đóng lại đường mở sụn giáp bằng nẹp vít hoặc chỉ thép.

**6.6. Bước 6: Đóng vết mổ**

- Khâu phục hồi các lớp cơ dưới móng và da theo bình diện giải phẫu.

- Đặt ống thông mũi – dạ dày.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Vỡ nát sụn không tạo hình được thanh quản: xử trí đặt ống nong thanh quản.
- Thủng khí thực quản: xử trí khâu phục hồi lỗ thủng.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vào đường thở hoặc vết mổ: xử trí mở lại hốc mổ cầm máu.
- Tắc ống thở: xử trí hút rửa ống thở hoặc thay ống mở khí quản 2 nòng.
- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí đổi kháng sinh phù hợp, thay băng hàng ngày.
- Dò khí thực quản: xử trí khâu đóng lỗ rò.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Tổ chức hạt che lấp đường thở: xử trí tiến hành nội soi cắt tổ chức hạt.
- Sẹo hẹp thanh khí quản: xử trí mổ chỉnh hình thanh khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pincet L., Lecca G., Chrysogelou I. et al. (2024), External laryngotracheal trauma: a case series and an algorithmic management strategy, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1-10.
2. Elias N., Thomas J., Cheng A. (2021), Management of laryngeal trauma, *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 33(3), 417-427.
3. Myssiorek D., Soliman A. M. (2020), Laryngeal trauma: external approaches, *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 31(4), 317-323.

# 153. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm khôi phục đường thở sau chấn thương nhằm thiết lập và duy trì đường thở thông thoáng, an toàn và làm lành vết thương mà không làm suy hô hấp.[1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương xuyên thấu khí quản.
- Chấn thương tách rời khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Khi có tràn khí trung thất, xẹp phổi.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm tại chỗ có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Chỉ khâu.
- Lưỡi dao.
- Bộ nội soi phẫu thuật.
- Bộ soi khí quản ống cứng hoặc mềm.
- Bộ soi thực quản ống cứng hoặc mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Mở khí quản (quy trình mở khí quản)**

**6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương**

- Soi thanh khí phế quản và thực quản bằng ống cứng hoặc mềm, quan sát trên màn hình nội soi để đánh giá chi tiết tổn thương.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ tổn thương**

- Bộc lộ khí quản: Rạch ra theo nếp lằn cổ ngang mức vết thương hở, kéo vạt da lên trên và xuống dưới đủ rộng để bộc lộ tổn thương, tách nhóm cơ dưới móng sang 2 bên bộc lộ trục thanh khí quản.[2]

**6.4. Bước 4: Đánh giá và xử trí tổn thương**

- Đánh giá tổn thương khí quản.
- Xử trí tổn thương:

+ Vết thương xuyên thấu nhỏ khâu phục hồi thành khí quản bằng chỉ tự tiêu 4 - 0.
+ Vết thương đứt rời khí quản: Nếu vết thương gọn khâu phục hồi khí quản bằng chỉ tiêu 4 – 0 mũi rời. Nếu tổn thương đụng giập khung sụn nhiều có khả năng gây sập đường thở, cân nhắc việc đặt stent khí quản. [3]

**6.5. Bước 5: Đóng hố mổ**

- Khâu phục hồi các lớp cơ dưới móng và da theo bình diện giải phẫu.
- Đặt sonde dạ dày tránh thức ăn tràn vào đường thở.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng khí thực quản: xử trí, khâu phục hồi.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vào đường thở hoặc vết mổ: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Tắc ống thở: hút rửa ống thở hoặc thay canule hai nòng.
- Nhiễm trùng vết mổ: đổi kháng sinh phù hợp, thay băng hàng ngày.
- Dò khí thực quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Tổ chức hạt che lấp đường thở: nội soi cắt tổ chức hạt.
- Sẹo hẹp thanh khí quản: mổ chỉnh hình thanh khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonescu I., Mani V. R., Agarwal S. (2022), Traumatic injuries to the trachea and bronchi: a narrative review, *Mediastinum*, 6.
2. Welter S., Essaleh W. (2020), Management of tracheobronchial injuries, *Journal of thoracic disease*, 12(10), 6143.
3. Carretta A., Ciriaco P., Bandiera A. et al. (2021), Diagnostic and therapeutic approach to post-traumatic tracheobronchial injuries, *Signa Vitae*, 17(2).

# 154. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH KHÍ QUẢN SAU CHẤN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi chỉnh hình khí quản điều trị các tổn thương u hạt ở khí quản sau chấn thương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U hạt khí quản gây hẹp khẩu kính khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không ổn định về sức khỏe để gây mê toàn thân.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người béo, cổ ngắn.
- Răng giả, răng lung lay, khít hàm.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc cầm máu.
- Dung dịch chống sẹo có thành phần corticosteroid.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bông, băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ soi soi treo thanh quản.
- Bộ máy cắt hút (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu người bệnh ở tư thế ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn thương**

- Đặt ống soi treo thanh quản, dùng ống nội soi đánh giá tổn thương khí quản.

**6.2. Bước 2**: **Cắt tổn thương khí quản**

- Dùng kìm cắt hoặc máy cắt hút thanh quản, cắt sẹo màng hoặc khối u hạt đến sát sụn khí quản.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3**: **Cầm máu**

- Cầm máu diện cắt bằng bông tẩm thuốc có thành phần co mạch.

**6.4. Bước 4**: **Chống sẹo**

- Chống sẹo diện cắt bằng cách đặt bông tẩm corticosteroid hoặc tiêm thấm thuốc có thành phần corticosteroid.[2]

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa Giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Suy hô hấp: xử trí rút ống soi cứng ra ngoài để tiến hành thông khí cho người bệnh, có thể dùng các thuốc khí dung, giãn phế quản nếu có hiện tượng co thắt cơ trơn.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn: xử trí nếu sau soi người bệnh có sốt, ho khạc đờm màu đục thì cấy đờm tìm vi khuẩn gây bệnh và sử dụng kháng sinh phù hợp.
- Thủng khí quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Rò khí thực quản: xử trí đặt ống thông mũi dạ dày, mở thông dạ dày hoặc khâu đóng lỗ rò.
- U hạt tái phát: xử trí cắt u hạt.
- Sẹo hẹp khí quản: xử trí đánh giá tình trạng hẹp bằng nội soi khí quản ống mềm. Nếu hẹp khí quản đoạn dài xem xét phẫu thuật cắt sẹo hẹp hoặc đặt ống nong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stuart E., Armaneous M., Bracken D. et al. (2021), Exuberant Intratracheal Granuloma, *Case Reports in Otolaryngology*, 2021, 1-4.
2. Bhowmick N., Bansode S., Jadhao H. et al. (2024), Impact of Intralesional Steroid Injections in a Case of Postintubation Subglottic Granuloma, *International Journal of Phonosurgery & Laryngology*, 13(2), 32-34.
3. Dhoon T. Q., Ramezani A., Lozon C. et al. (2022), Laryngeal granuloma formation following endotracheal intubation for coronary artery bypass grafting surgery, *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 26(6), 816-819.

# 155. NỘI SOI NONG HẸP THỰC QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi nong hẹp thực quản là tiến hành đưa các dụng cụ nong vào vị trí hẹp của thực quản qua đường nội soi nhằm mục đích làm rộng phần bị hẹp của thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp thực quản do các nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Bệnh tâm vị co thắt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm.
- Người gù, vẹo cột sống.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: suy hô hấp nặng, tăng huyết áp chưa kiểm soát, suy tim).
- Lao cột sống cổ.
- Viêm thực quản.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Bộ máy nội soi thực quản ống cứng.
- Bộ dụng cụ nong thực quản.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế:

+ Người bệnh nằm, đầu ngửa tối đa.
+ Thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

### 6.1. Nong thực quản bằng ống nong

- Đặt ống soi thực quản kiểm tra vị trí, mức độ hẹp.
- Đưa ống nong qua chỗ hẹp, khi thấy ống nong khó trượt do khít chặt hoặc chảy máu thì không đẩy ống nong nữa.
- Chỉ nên sử dụng 3 ống nong liên tiếp với đường kính lớn hơn 1mm trong 1 lần nong.

### 6.2. Nong bằng bóng

- Nội soi thực quản kiểm tra vị trí, mức độ hẹp.
- Đưa bóng trượt vào đúng vị trí hẹp.
- Bơm căng bóng để nong chỗ hẹp duy trì 1-3 phút với cùng một áp lực.
- Nếu thực hiện 3 lần nong liên tiếp trong 1 buổi thì tổng thời gian nong không vượt quá 10 phút.
- Đường kính bóng không vượt quá 3 lần đường kính chỗ hẹp.

### 6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi nong

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ chảy máu.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ.
- Trào ngược dạ dày thực quản: điều trị nội khoa.

### 7.2. Tai biến sau khi nong

Rò khí thực quản: nhẹ điều trị nội khoa, đặt sonde dạ dày, hút dịch liên tục tránh dịch tràn vào đường thở, nặng phải điều trị phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Jame VE, Todd HB, Douglas GA etal (2006). Esophageal dilatation, *Gastrointestinal Endoscopy*, 53(6), 755-760.

2. Kim JH, Shin JH, MD and Song HY (2010). Benign Strictures of the Esophagus and Gastric Outlet interventional Management, *KoreanRadiol*, 11(5), 497-506.

3. Phan Thị Hiền (2015). Nong hẹp thực quản, tâm vị. *Các quy trình kỹ thuật nhi khoa thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, 383-385.

4. Nguyễn Viết Tiến (2016). Nội soi can thiệp - nong thực quản bằng bóng. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa* , Nhà xuất bản Y học, 87-90.

# 156. NỘI SOI NONG HẸP THỰC QUẢN CÓ STENT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là đưa một stent vào vị trí thực quản bị hẹp qua đường nội soi với mục đích là tái lập lại sự lưu thông của thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thực quản gây hẹp thực quản.
- U từ ngoài đè vào thực quản gây hẹp thực quản: u phổi, u trung thất.
- Hẹp thực quản sau bỏng thực quản không đáp ứng với nong thực quản.
- Rò thực quản - khí quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm.
- Người gù, vẹo cột sống.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: suy hô hấp nặng, tăng huyết áp chưa kiểm soát, suy tim).
- Lao cột sống cổ.
- Viêm thực quản.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, áo mổ, mũ.
- Bộ máy nội soi thực quản.
- Bộ Stent các cỡ.
- Dây dẫn, ống thông.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ- 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật, thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai, cổ ưỡn ra sau.

**6.1. Bước 1**

- Nội soi thực quản xác định vị trí tổn thương và mức độ hẹp lòng thực quản, đưa dây dẫn qua chỗ hẹp.

**6.2. Bước 2**

- Xác định chiều dài đoạn hẹp.

**6.3. Bước 3**

- Luồn hệ thống stent vào dây dẫn và đưa qua đoạn hẹp, xác định vị trí đặt stent cần bung dựa vào 2 điểm đánh dấu trên dây dẫn.

**6.4. Bước 4**

- Bắt đầu bung stent từ đầu xa đến đầu gần bằng cách rút sợi dây của hệ thống stent.

**6.5. Bước 5**

- Nội soi kiểm tra vị trí stent và các tai biến sớm.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi đặt stent**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ chảy máu.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ.
- Trào ngược dạ dày thực quản: điều trị nội khoa.
- Di lệch stent: đặt lại stent.

**7.2. Tai biến sau khi đặt stent**

- Đau ngực kéo dài: rút stent.

- Rò khí thực quản: nhẹ điều trị nội khoa, đặt sonde dạ dày, hút dịch liên tục tránh dịch tràn vào đường thở, nặng phải điều trị phẫu thuật.
- Tắc stent: thông lại stent.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghiselli A, Bizzarri B, Ferrari D, et al (2018). Endoscopic dilation in pediatric esophageal strictures: a literature review. Acta Biomed, 89(8-S):27–32.

2. Cakmak M, Boybeyi O, Gollu G, et al (2016). Endoscopic balloon dilatation of benign esophageal strictures in childhood: a 15- year experience. Dis Esophagus,29(2):179–184.

3. Dobrucali A et al (2010).Palliation of malignant esophageal obtruction and fistulas with self expendable metallic stent. *World journal of gastronenterology*, 16 (45), 5739-5745.

# 157. THAY ỐNG MỞ KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật thay ống mở khí quản nhằm phù hợp với giai đoạn điều trị tiếp theo.[1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

### 2.1. Thay ống cấp cứu

- Tắc ống mở khí quản.
- Ống đặt nhầm đường hoặc tuột ống.
- Thủng cuff hoặc ống bị lỗi.

### 2.2. Thay ống có chuẩn bị [2]

- Để chuẩn bị cho việc phục hồi chức năng thanh quản.
- Thay ống phù hợp với giai đoạn điều trị.
- Thay loại ống để thuận tiện cho việc đặt ống kéo dài.
- Thay ống trong trường hợp cần hồi sức.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Trường hợp người bệnh cổ ngắn, thành cổ dày, thay ống ở trẻ nhỏ.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ.
- Thuốc giãn phế quản.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Kính bảo vệ mắt.
- Ống mở khí quản các cỡ.
- Gel bôi trơn.
- Hệ thống máy hút.

- Đồng hồ đo áp lực bóng chặn (nếu có).
- Bộ dụng cụ mở khí quản.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 02 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh ngồi để tăng hiệu quả ho khạc đờm, một số trường hợp áp dụng tư thế nằm ngửa nếu không có chống chỉ định.

**6.1. Bước 1**

- Chuẩn bị ống mới với nòng định hướng.

**6.2. Bước 2**

- Cắt dây cố định, rút ống mở khí quản, quan sát, đánh giá và vệ sinh lỗ mở khí quản.

**6.3. Bước 3**

- Đặt ống mở khí quản mới, rút nòng thông, kiểm tra ống đã vào đường thở, bơm bóng chặn (nếu cần).[3]

**6.4. Bước 4**

- Cố định ống.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí: xử trí theo quy trình.
- Dị vật đường thở: xử trí lấy dị vật.
- Co thắt: xử trí theo quy trình.

- Đặt nhầm vị trí: xử trí đặt lại.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tắc ống: rút nòng ống, hút đờm dãi.
- Khó thở: tìm nguyên nhân, xử trí theo nguyên nhân.
- Đặt nhầm đường: rút ống, đặt lại ống đúng vị trí.
- Tụt ống: hút sạch đờm dãi, đặt lại ống.
- Tràn khí dưới da: xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu màng phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daou C. A.Z., Chahine E.M., Barazi R. (2024), Assessment of Tracheostomy Tube Placement and Late Change Practices in an Academic Tertiary Care Center, *International Archives of Otorhinolaryngology*.
2. Kumarasinghe D., Wong E.H., Duvnjak M. et al. (2020), Colonization rates of tracheostomy tubes associated with the frequency of tube changes, *ANZ Journal of Surgery*, 90(11), 2310-2314.
3. Hamrang-Yousefi S., Agarwal A. (2023), "Tracheostomy tube change", StatPearls Publishing.

# 158. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LỖ MỞ KHÍ QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật khâu đóng và cắt bỏ sẹo xấu lỗ mở khí quản sau khi rút ống mở khí quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Sau rút ống, lỗ mở khí quản không tự liền kín hoặc để lại sẹo xấu. [2]

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ trước phẫu thuật đảm bảo đường thở thông thoáng.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh được kê vai, ngửa cổ tối đa, cố định đầu.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tiêm thấm vùng rạch da.

### 6.1. Bước 1

- Rạch da theo hình trám quanh sẹo lỗ mở khí quản, cắt bỏ sẹo, bóc tách vạt da lên trên xuống dưới, bóc tách bộc lộ mặt trước khí quản. [3]

**6.2. Bước 2:** Khâu đóng sụn khí quản và lớp cơ dưới móng.

### 6.3. Bước 3

- Khâu phục hồi lớp da.
- Trong trường hợp da mất chất nhiều, tạo hình bằng vạt da tại chỗ như vạt xoay, vạt V-Y.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Viêm tấy vết mổ: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi: cắt chỉ, để hở vết mổ, thở oxy liều thấp, dẫn lưu khoang màng phổi nếu có tràn khí màng phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koizumi M., Ishimaru M., Matsui H. et al. (2021), Factors associated with the occurrence of stomal stenosis after tracheostomy in adults, *Auris Nasus Larynx*, 48(5), 973-977.
2. Gómez GV. (2021), Outpatient treatment for colostomy stenosis; report of 3 cases, *International Journal of Surgery Case Reports*, 85, 106292.
3. Benedek Z., Kocsis L., Bauer O. et al. (2022), Stoma-Related Complications: A Single-Center Experience and Literature Review, *Journal of Interdisciplinary Medicine*, 7(2), 31-37.

# 159. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng ống soi mềm đưa vào đến thanh quản để chẩn đoán các bệnh lý vùng thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH:

- Các bệnh lý thanh quản.
- Các trường hợp khống soi được ống cứng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Các trường hợp soi ống mềm ở trẻ em.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1 Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Hệ thống soi thanh quản ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5-1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa, thầy thuốc ngồi đối diện hoặc trên phía đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1: Đưa ống mềm qua mũi

- Lựa chọn ống mềm phù hợp với người bệnh.
- Đưa ống mềm qua đường mũi: Đưa ống soi mềm vào 1 trong 2 bên hốc mũi, lựa chọn hốc mũi nào rộng hơn.

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ thanh quản

- Đưa ống soi dọc theo sàn mũi hoặc khe giữa, khi tới cửa mũi sau thì điều chỉnh cho ống soi đi xuống dưới dọc thành sau họng- hạ họng và thanh quản.

### 6.3. Bước 3: Đánh giá tổn thương

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: sụn thanh thiệt, tiền đình thanh quản, băng thanh thất, buồng Morgani, 2 dây thanh và hạ thanh môn, chú ý đánh giá mức độ di động của dây thanh và sụn phễu 2 bên.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu mũi: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.

2. Randall L.Plant, Robin A.Samlan (2005), Visual documentation of the larynx, *Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, Elsevier Mosby, p1989-2007.
3. Joshua S.Schindler (2011). Diagnostic clinical pharyngoscopy and laryngoscopy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p18-21.

# 160. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng ống soi cứng đưa vào đến thanh quản chẩn đoán các bệnh lý vùng thanh quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các bất thường vùng cột sống: lao cột sống cổ, gù vẹo không nằm ngửa được theo tư thế soi.
- Khít hàm.
- Khó thở thanh quản cấp II, cấp III.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện:

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Hệ thống soi thanh quản ống cứng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5-1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ thanh quản**

- Đưa ống soi vào theo đường giữa quan sát được các thành phần: đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, sụn phễu, dùng ống soi nâng nhẹ sụn nắp thanh thiệt để bộc lộ toàn bộ thanh quản từ mép trước tới mép sau.

**6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương**

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: sụn thanh thiệt, tiền đình thanh quản, băng thanh thất, buồng Morgani, 2 dây thanh và hạ thanh môn, chú ý đánh giá mức độ di động của dây thanh và sụn phễu 2 bên (nếu trường hợp người bệnh được gây tê).

**6.3. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Co thắt thanh quản: ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt: tiêm giãn cơ, thở máy hoặc bóp bóng.
- Mạch chậm hoặc ngừng tim đột ngột: ngừng ngay soi, và cấp cứu ngừng tim theo quy trình cấp cứu tim mạch.
- Khó thở thanh quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

Khó thở do phù nề thanh quản: xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005)- Diagnostic Endoscopy- *An Atlas of Head and Neck Surgery*, four edition, Elsevier Inc, p179-212.
2. Gerald M. English, MD (1991), *Otolaryngology*, volume 3, chapter 56, p1-6.
3. Randall L.Plant, Robin A.Samlan (2005), Visual documentation of the larynx, *Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, Elsevier Mosby, p1989-2007.

# 161. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÙNG MẶT CỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu nối các thần kinh ngoại biên vùng mặt cổ là kỹ thuật giúp phục hồi giải phẫu dẫn truyền của thần kinh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Dây thần kinh ngoại biên bị đứt hoặc mất đoạn thần kinh do: chấn thương, phẫu thuật.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Hốc mổ đang có tình trạng nhiễm trùng.
- Diện cắt để nối thần kinh còn sót u.

## 4. THẬN TRỌNG

Bệnh lý toàn thân chưa kiểm soát.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ 8.0, 9.0.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm vùng đầu mặt cổ.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Hệ thống giám sát thần kinh trong phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2–3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: gây mê.

Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, bộc lộ tổn thương.

**6.1. Bước 1**

- Bộc lộ 2 đầu thần kinh bị đứt qua vết thương hoặc đường rạch da.

**6.2. Bước 2**

- Khâu nối vi phẫu tận tận hoặc sử dụng mảnh ghép: nối bao thần kinh bằng chỉ 8.0 hoặc 9.0.

**6.3. Bước 3**

- Đóng vết mổ.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Lấy mảnh ghép thần kinh: trong trường hợp 2 đầu thần kinh không đủ để nối tận tận (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: Xử trí theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu vết mổ: Xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Khâu vết thương thần kinh. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Tạo hình - thẩm mỹ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 67-68.
2. Shadfar S, Shockley WW (2014). Chapter 75: Management of soft tissue injury of the face. *Bailey's head and neck surgery. Otolaryngology,5th edition.* Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,1108 – 1130.
3. Dayan JH (2018). Chapter 49:Facial Reanimation in the Oncologic Patient Using Nerve Grafts and Nerve Transfers. *Operative Techniques in Plastic Surgery*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 3048 – 3066.

# 162. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài là phẫu thuật 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.

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai và ngửa đầu tối đa, mặt quay về bên đối diện với bên phẫu thuật.

**6.1. Bước 1: Rạch da và cân cổ**

- Rạch da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, từ ngang mức góc hàm và sau góc hàm 1 cm đến ngang mức sụn nhẫn.
- Rạch qua tổ chức dưới da, cơ bám da cổ và lớp nông cân cổ sâu.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ tam giác Farabeuf**

- Kéo cơ ức đòn chũm ra phía ngoài, bóc tách 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).

**6.3. Bước 3: Tìm động mạch cảnh ngoài qua 2 tiêu chuẩn**

- Động mạch cảnh ngoài ở phía trong so với động mạch cảnh trong.
- Động mạch có phân nhánh là động mạch cảnh ngoài (Tìm ngay trong tam giác Farabeuf).

**6.4. Bước 4: Thắt động mạch cảnh ngoài**

- Dùng kẹp phẫu tích luồn chỉ không tiêu 2.0.
- Vị trí thắt động mạch cảnh ngoài ở trên chỗ phân chia cảnh trong cảnh ngoài 1 - 2 cm.

**6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ**

- Khâu đóng da hai lớp.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tắc mạch não: do di chuyển cục máu đông vào hệ mạch cảnh trong lên não.
- Phản xạ quá mạnh của xoang cảnh gây chóng mặt, điếc cùng bên, mặt xanh tái cùng bên.
- Biến chứng não: liệt 1/2 người, mất ngôn ngữ.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, điều trị nội khoa.
- Viêm phổi: điều trị nội khoa.

### 7.3. Di chứng

- Liệt nửa người.
- Mất ngôn ngữ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mochloulis G et al (2014). External carotid artery ligation. *ENT and Head and Neck Procedures: An Operative Guide*, 1st ed, CRC Press, 52-53.
2. Bộ Y tế (2012). Phẫu thuật thắt động mạch cảnh ngoài. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng*, Nhà xuất bản y học, 151-153.
3. Gandhi K, Oppenheimer P (1962). Emergency Carotid Ligation, *Archives of Otolaryngology*, 75(5), 451-456.
4. Ghosh S et al (2021). External carotid artery ligation: an oncological emergency procedure for bleeding locally advanced oral cancers in a tertiary care hospital in central india. *National Journal of Medical Research*, 11(04),117-120.

# 163. PHẪU THUẬT THẮT TĨNH MẠCH CẢNH TRONG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật thắt tĩnh mạch cảnh trong và các nhánh của nó đến các cơ quan khác trong cơ thể.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn gây bán tắc hoặc tắc hoàn toàn tĩnh mạch bên.
- Viêm tắc xoang cảnh.
- Viêm tắc tĩnh mạch cảnh trong.
- Nạo vét hạch tiệt căn.
- Tổn thương tĩnh mạch cảnh trong.
- Là 1 thì trong phẫu thuật u cuộn cảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Tình mạch cảnh trong bên đối diện tắc hoặc bán tắc.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

Mũ, găng tay, khẩu trang.

Băng, gạc, chỉ khâu các loại.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa hoặc quay đầu sang bên đối diện.

**6.1. Bước 1**

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

**6.2. Bước 2**

- Bóc tách bờ trước của cơ ức đòn chũm ở ngay dưới cân cổ nông, bộc lộ tĩnh mạch cảnh trong.

**6.3. Bước 3**

- Thường thắt trên thân tĩnh mạch giáp lưỡi mặt. Nếu bị viêm rộng thì thắt ở dưới chỗ tổn thương.
- Tùy từng bệnh lý có thể thắt 1 vị trí hoặc thắt đầu trên dưới và cắt bỏ phần tĩnh mạch cảnh tổn thương.

**6.4. Bước 4**

- Khâu phục hồi các lớp.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí dùng kháng sinh phối hợp, phổ rộng. Mở lại vết mổ dẫn lưu nếu hình thành áp xe.
- Liệt thần kinh (như dây X, XI, XII): xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**7.3. Di chứng**

Chưa ghi nhận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jesus EM, Nilesh RV (2014), Neck Dissection, Johnson J T, Rosen C A. *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology*. Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 1807-1838.
2. Ohad R, Sandeep S, Thomas R, Flint PW (2014), Neck Dissection, *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 1812-1817.
3. Stephen H, Rohan RW, Myers EN (2017), Radical Neck Dissection. *Operative Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Elsevier Health Sciences,Philadelphia, 450-457.

# 164. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LƯỠI SAU CẮT U ÁC TÍNH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình lưỡi sau cắt u ác tính là sử dụng các loại vạt để tạo hình mất chất sau cắt u. Trong phạm vi bài này sẽ đề cập đến tạo hình lưỡi bằng vạt lân cận, vạt tại chỗ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Mất chất rộng sau cắt bỏ ung thư lưỡi không thể đóng trực tiếp.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Diện cắt còn sót u.
- Có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ ở nơi cho vạt hoặc nơi nhận vạt.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao hàn mạch, kẹp mạch máu.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1**

- Đánh giá vùng mất chất.

**6.2. Bước 2**

- Thiết kế vạt phù hợp với vùng mất chất sau cắt bỏ tổn thương ung thư lưỡi, tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch tại chỗ.

**6.3. Bước 3**

- Lấy vạt theo đường thiết kế.

**6.4. Bước 4**

- Khâu cố định vạt vào nơi nhận vạt.

**6.5. Bước 5:** Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da.

**6.6. Bước 6**

- Rửa sạch hốc mổ, kiểm tra cầm máu.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí theo mức độ**.**

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụ máu, tụ dịch hốc mổ. Trường hợp nhẹ: chọc hút, cắt bớt chỉ, trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng nóng đỏ đau tăng lên kèm chảy mủ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.
- Hoại tử vạt ghép: xử trí theo mức độ.

**7.3. Di chứng**

- Sẹo xấu, sẹo co kéo nơi cho vạt. Xử trí tùy mức độ.
- Tê bì vùng rạch da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018). Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, 1: tr147-150.
2. Mark S.T., Bruce H.H, Paul W.F, Valerie J.L (2010). Reconstruction of the oropharynx.. *Cumming otolaryngology – Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed; 2(101): p1375-1392.
3. Martin D, Pascal JF, Baudet J, et al (1993). The submental island flap: a new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled flap. *Plast Reconstr Surg*; 92: p867–873.

# 165. PHẪU THUẬT CẮT U ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI KHÔNG TÁI TẠO

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u lành tính ở đáy lưỡi/hạ họng qua đường mở xương hàm dưới không tái tạo.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính vùng đáy lưỡi/hạ họng (ví dụ: u máu, u bạch mạch) không thể phẫu thuật qua đường miệng hoặc trên móng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

U lớn lan rộng ra ngoài đáy lưỡi/hạ họng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại: Vật liệu cầm máu tự tiêu, sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống khoan cưa cắt xương.
- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Clip mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: khoan xương, nẹp vít.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Vẽ đường mổ và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

**6.2. Bước 2: Bóc tách vạt da**

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

**6.3. Bước 3: Cắt xương hàm dưới**

- Cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm theo hình zic zắc để sau cố định (lưu ý: tránh làm tổn thương chân răng).

**6.4. Bước 4: Bộc lộ u**

- Kéo xương hàm dưới sang 2 bên.
- Mở vào thành bên họng để bộc lộ rõ vùng đáy lưỡi - hạ họng.
- Bộc lộ và tránh làm tổn thương dây IX, XII.
- Quan sát đánh giá u.

**6.5. Bước 5: Cắt u**

- Cắt u theo bình diện u.
- Cầm máu diện cắt u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ**

- Diện khuyết thiếu đáy lưỡi / hạ họng nhỏ không cần tái tạo bằng vạt.
- Khâu ống họng theo lớp bằng chỉ tiêu chậm.
- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.

- Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.
- Đặt ống thông mũi dạ dày cho ăn.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt thì khâu lại nếu có thể.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò nước bọt: Xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Viêm xương hàm dưới.

### 7.3. Di chứng

- Lệch khớp cắn.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery,* 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.
2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery,* Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Holsinger F.C et al (2005). Surgical approaches for cancer of the oropharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology,* Elsevier, 16, 40-48.
4. Bertești̇eanu S.V, Popescu B, and Grigore R (2015). Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. *Hippokratia journal,* published in Thessaloniki, Greece, 19(3), 198-286.

# 166. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI KHÔNG TÁI TẠO

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ ung thư ở đáy lưỡi/hạ họng qua đường mở xương hàm dưới không có tái tạo.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư đáy lưỡi/hạ họng giai đoạn T1, T2 không thể phẫu thuật qua đường miệng hoặc trên móng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đáy lưỡi/hạ họng T3 trở lên.
- Ung thư đáy lưỡi/hạ họng T1, T2 có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại: Vật liệu cầm máu tự tiêu, sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống khoan cưa cắt xương.
- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Clip mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: khoan xương, nẹp vít.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Rạch da**

- Vẽ đường mổ và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

**6.2. Bước 2. Bóc tách vạt da**

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

**6.3. Bước 3. Cắt xương hàm dưới**

- Cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm theo hình zic zắc để sau cố định, tránh làm tổn thương chân răng.

**6.4. Bước 4. Bộc lộ u**

- Kéo xương hàm dưới sang 2 bên.
- Cắt mở thành bên họng để bộc lộ rõ vùng đáy lưỡi / hạ họng và u.
- Bộc lộ và tránh làm tổn thương dây IX, XII.
- Quan sát đánh giá u: vị trí, ranh giới.

**6.5. Bước 5. Cắt khối u**

- Cắt u theo bình diện u với vùng rìa u từ 1,5 - 2 cm.
- Làm sinh thiết tức thì đến khi vùng rìa âm tính.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6. Khâu tái tạo đáy lưỡi / hạ họng**

- Kiểm tra cầm máu diện cắt u.
- Khâu đáy lưỡi bằng chỉ tiêu chậm.
- Khâu phục hồi thành bên họng bằng chỉ tiêu chậm.

- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.
- Kiểm tra cầm máu trường mổ.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.
- Đặt ống thông mũi dạ dày cho ăn.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (thực hiện theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (thực hiện theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt thì khâu lại.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò nước bọt: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Viêm xương hàm dưới.

### 7.3. Di chứng.

- Lệch khớp cắn.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery,* 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.
2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Holsinger F.C et al (2005). Surgical approaches for cancer of the oropharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology*, Elsevier, 16, 40-48.
4. Bertețeanu S.V, Popescu B, and Grigore R (2015). Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. *Hippokratia journal,* published in Thessaloniki, Greece, 19(3), 198-286.

# 167. PHẪU THUẬT CẮT U HẠ HỌNG/ĐÁY LƯỠI THEO ĐƯỜNG TRÊN XƯƠNG MÓNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u (lành hoặc ác tính) của hạ họng/đáy lưỡi qua đường trên xương móng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính vùng hạ họng/đáy lưỡi (ví dụ: u máu, u bạch mạch) không thể phẫu thuật qua đường miệng.

Ung thư hạ họng/đáy lưỡi giai đoạn T1.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đáy lưỡi T2 trở lên.
- U lành tính lan rộng ra ngoài đáy lưỡi hoặc vượt qua đường giữa.
- Ung thư không biệt hóa, lymphoma, sarcoma.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.2. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Clip mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

### 6.1. Bước 1. Rạch da

- Vẽ đường rạch da và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da theo đường ngang xương móng sang 2 bên đến bờ trước cơ ức đòn chũm 2 bên (nếu có nạo vét hạch cổ kết hợp thì rạch theo đường nạo vét hạch).
- Bóc tách vạt da bộc lộ vùng cổ trước xương móng.

### 6.2. Bước 2. Cắt xương móng vào vùng đáy lưỡi

- Cắt cơ trên và dưới móng, lấy bỏ xương móng.
- Cắt mở vào vùng đáy lưỡi và hố lưỡi thanh thiệt.
- Bộc lộ và tránh làm tổn thương dây thần kinh IX, XII.

### 6.3. Bước 3. Bộc lộ u

- Mở rộng trường phẫu thuật sang 2 bên bộc lộ rõ vùng hạ họng/đáy lưỡi, hố lưỡi thanh thiệt.
- Quan sát đánh giá u, xác định vùng rìa u.

### 6.4. Bước 4. Cắt u

- Tùy theo khối u lành tính hay ác tính.
- Với u ác tính: Cắt u theo bình diện u với vùng rìa u từ 1,5 - 2 cm.Làm sinh thiết tức thì đến khi vùng rìa âm tính.
- Với u lành tính: Cắt sát u theo bình diện u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.5. Bước 5. Khâu phục hồi hạ họng/đáy lưỡi

- Khâu đóng diện cắt hạ họng/đáy lưỡi bằng chỉ tiêu chậm.
- Khâu ống họng theo lớp bằng chỉ tiêu chậm.
- Khâu phục hồi các cơ trên móng, cơ dưới móng và khâu cơ trên móng với dưới móng.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp.
- Đặt ống thống mũi dạ dày cho ăn.

### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (thực hiện theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (thực hiện theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt dây thần kinh thì khâu nối dây thần kinh.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò nước bọt: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng:

- Rối loạn giọng nói.
- Rối loạn nuốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.
2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Juan PR, Juan P, Carla M et al (2010).Oncologic and functional results after transhyoid surgical approach for cancer of the base of tongue. *Journal sciences and specialties of head and neck*. Vol 33, Issue8, August 2011, 1079-1084.
4. Kathryn M et al (2013). Surgical management of the base of tongue. *Operative technique in otolaryngology head and neck surgery*. Vol 24, 74-85.

# 168. KHÂU VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN VÙNG ĐẦU, MẶT, CỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương đơn giản vùng đầu, mặt, cổ là một phẫu thuật để phục hồi giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng của vùng đầu mặt cổ bị tổn thương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương vùng đầu, mặt, cổ có nguy cơ gây biến dạng vùng bị tổn thương.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, hen phế quản) chưa kiểm soát được.
- Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử trí vết thương vùng đầu, mặt, cổ.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu (nếu cần).
- Bộ dụng cụ khâu.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1-2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, tùy vị trí bị tổn thương mà đặt nghiêng đầu hoặc tư thế nằm ngửa đơn thuần sao cho bộc lộ được vị trí bị tổn thương.
- Gây tê tại chỗ nếu làm phẫu thuật gây tê.

**6.1. Bước 1**

- Kiểm tra vết thương, loại bỏ dị vật, tổ chức dập nát, hoại tử.

**6.2. Bước 2**

- Cắt lọc mép vết thương.

**6.3. Bước 3**

- Khâu phục hồi tổn thương theo các lớp giải phẫu.

**6.4. Bước 4**

- Có thể đặt dẫn lưu (nếu cần), băng vết khâu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong phẫu thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau phẫu thuật**

- Chảy máu, tụ máu, tụ dịch vết phẫu thuật: có thể chọc hút và băng ép, trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở lại hốc mổ kiểm tra.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vùng phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ, lưu ý trường hợp sót dị vật.

**7.3. Biến chứng muộn**

Sẹo lồi, sẹo xấu: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holt GR, Ira DP, John F, Stephen SP, et al, (2002). Acute soft tissue injuries of the face. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery***,** second edition, Thieme Medical Publishers, New York, U.S.A, 54, p689-696.
2. Weerda H (2001). Basic Principles of Facial Surgery. *Reconstructive Plastic Facial Surgery*, Thieme Medical Publishers, New York, U.S.A, Chapter 2,p3-9.
3. Tessa AH, Mark LC (2015). Soft Tissue Injuries of the Face. *Facial surgery plastic and reconstruction*. Taylor and Francis Group, LLC. Vol 1, Section 6, Chapter 33, p671-681.

# 169. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt chỉ sau phẫu thuật là thủ thuật giúp lấy bỏ mũi chỉ khâu tại thời điểm thích hợp, để phòng ngừa mũi khâu để lại dấu vết, do biểu mô lan dọc theo phía sau sợi chỉ, tạo thành đường rãnh xuất hiện do sức căng kéo dài ở da hoặc niêm mạc.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đến thời điểm cắt chỉ thích hợp (trung bình 7 ngày sau phẫu thuật).
- Vết thương tụ dịch/mủ cần cắt bớt mũi chỉ để dẫn lưu dịch/mủ.
- Vết mổ tụ máu gây chèn ép nguy cơ đe dọa biến chứng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bộ dụng cụ cắt chỉ.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án.

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,25–0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: có thể phải gây mê với trẻ nhỏ không hợp tác.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: nằm hoặc ngồi tùy vị trí, tình trạng vết mổ sao cho bộc lộ được vị trí vết mổ.

### 6.1. Bước 1

- Kiểm tra, đánh giá vết mổ.
- Sát khuẩn vết mổ.

### 6.2. Bước 2

- Cắt chỉ vết mổ, tùy theo kiểu khâu, tình trạng vết mổ mà quyết định kỹ thuật cắt chỉ.
- Với vết thương liền tốt, khô, sạch: cắt toàn bộ mũi chỉ.
- Với vết thương nhiễm trùng có thể cắt chỉ sớm hơn quy định và cắt chỉ cách quãng.

### 6.3. Bước 3

- Sát khuẩn lại vết mổ.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong thủ thuật

- Người bệnh choáng, ngất trong khi cắt chỉ: tạm dừng thủ thuật, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn và xử trí tùy theo mức độ.
- Rỉ máu từ vết cắt chỉ: sát khuẩn, băng vết cắt chỉ.

### 7.2. Tai biến sau thủ thuật

Vết mổ không liền: xử trí theo nguyên nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Roãn Tuất, Trần Thiết Sơn (2018). Kỹ thuật khâu da. *Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ*. Nhà xuất bản Y học, phần I: Đại cương. Tr96-99.
2. Bộ Y tế (2010). Thay băng vết thương – cắt chỉ. *Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. Tập 2. tr240-249.
3. Benjamin C.M., Shan R.B. (2013). Wound closure techniques. *Local flaps in facial reconstruction*. Third edition, p53-77.

# 170. THAY BĂNG VẾT MỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng vết mổ là thủ thuật cần thiết giúp ngăn ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn từ môi trường, thấm hút chất bài tiết, giữ vết thương sạch, ẩm giúp vết thương mau lành cho quá trình liền thương vết mổ được diễn ra thuận lợi, tránh nhiễm trùng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Vết mổ sau phẫu thuật.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Dị ứng với dung dịch sát khuẩn, băng dính.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau.
- Thuốc cầm máu.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Khẩu trang, găng tay.
- Bông băng, gạc, băng dính.
- Thuốc và dung dịch sát khuẩn.
- Bộ dụng cụ thay băng vết mổ.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,25 -0,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật hoặc phòng bệnh.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Đối chiếu đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thích hợp.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ vết thương

- Trải tấm nilon phía dưới vết thương (nếu cần).
- Tháo bỏ băng cũ.

### 6.2. Bước 2

- Quan sát, đánh giá tình trạng vết mổ và dẫn lưu.

### 6.3. Bước 3

- Lau rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn.

### 6.4. Bước 4

- Đắp gạc vô khuẩn và cố định băng.

### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn và xử trí theo mức độ.
- Chảy máu mép vết mổ: Băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Dị ứng dung dịch sát khuẩn, băng dính: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.
- Nhiễm khuẩn: Kháng sinh, thuốc chống nhiễm khuẩn tại chỗ, cắt chỉ thưa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Thuận (2010). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. Bệnh viện Tai mũi họng TW (2022). Quy trình phụ giúp bác sĩ thay băng sau phẫu thuật tạo hình đầu mặt cổ bằng vạt da ghép tự thân.
3. Broussard, K. C., & Powers, J. G. (2013). Wound dressings: selecting the most appropriate type. American journal of clinical dermatology, 14(6), 449-459.

# 171. CHÍCH ÁP XE VÙNG ĐẦU CỔ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Trích áp xe vùng đầu cổ nhằm dẫn lưu mủ từ ổ áp xe vùng đầu cổ ra ngoài.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe vùng đầu cổ ở ngay dưới da.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý rối loạn đông máu.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

Chính: 01 bác sĩ.

Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, gạc, săng, băng, bấc vô khuẩn.
- Bơm tiêm 10ml.
- Thuốc sát khuẩn tại chỗ.
- Dung dịch oxy già, nước muối sinh lý.
- Dao 11 hoặc 15.
- Kẹp cầm máu cong.
- Thìa nạo.
- Que cấy vi khuẩn.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 – 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: tùy từng trường hợp có thể tiến hành trích áp xe vùng đầu cổ dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê (với người bệnh không hợp tác).
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, bộc lộ rõ vùng cần trích rạch.
- Sát khuẩn da đủ rộng.
- Trải săng vô khuẩn bộc lộ phẫu trường.
- Tiêm tê dưới da vị trí cần trích rạch.

### 6.1. Bước 1: Rạch da

- Rạch da 1 đường đủ rộng để dẫn lưu mủ, đường rạch theo các nếp tự nhiên vùng đầu cổ, ở vị trí phồng nhất của khối áp xe, tránh rạch qua lỗ rò (trong trường hợp người bệnh có đường rò bẩm sinh).

### 6.2. Bước 2: Làm sạch ổ áp xe

- Mở rộng ổ áp xe.
- Lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.
- Hút sạch mủ, bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch oxy già và dung dịch sát khuẩn.

### 6.3. Bước 3: Đặt bấc dẫn lưu và băng vết chích rạch

- Đặt bấc dẫn lưu hốc chích rạch.
- Băng vết chích rạch bằng gạc vô khuẩn.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.
- Ngộ độc thuốc tê: Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.
- Choáng ngất do đau: Chống choáng, giảm đau.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm khuẩn lan rộng, nhiễm khuẩn huyết: sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu.
- Rò thứ phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaime K. B (2022). Abscess Incision and Drainage, *Prim Care*, 49(1): 39 – 45.
2. Samantha M., Siamak M., Mercedes T (2021). Abscess Management: an evidence – based review for emergency medicine clinicians, *J Emerg Med*, 60(3): 310 – 320.
3. Behrad B et al (2020). Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition, *Wolters Kluwer*, Philadelphia, 55, 794 – 813.

# 172. PHẪU THUẬT PHỤC HỒI TÁI TẠO DÂY THẦN KINH VII ĐOẠN NGOÀI SỌ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật phục hồi tái tạo dây VII là phẫu thuật khâu nối phần thân hoặc các nhánh đã bị đứt đoạn của thần kinh VII theo kiểu tận- tận hoặc ghép đoạn hoặc nối với nhánh của thần kinh vận động khác nhằm phục hồi chức năng của dây VII.

Trong phạm vi bài này sẽ đề cập đến phương pháp hay sử dụng nhất là tái tạo dây thần kinh VII bằng nối VII-XII.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương đứt hoặc mất đoạn dây VII đoạn trong xương thái dương hoặc thân dây VII mà không thể khâu nối tận – tận.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hốc mổ đang có tình trạng nhiễm trùng.
- Dây XII bị tổn thương từ trước.
- Cơ do thần kinh VII chi phối đã teo hoặc thoái hoá nặng.
- Diện cắt để nối thần kinh còn sót u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch).
- Công việc của người bệnh liên quan nhiều đến việc sử dụng giọng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu kín.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm vùng đầu mặt cổ.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.

- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, mặt quay về phía đối diện.
- Tiêm thấm có thành phần co mạch tại chỗ.

**6.1. Bước 1**

- Rạch da theo đường mổ tuyến mang tai kéo dài.

**6.2. Bước 2**

- Bộc lộ phần ngoại vi của dây VII, làm mới đầu thần kinh.

**6.3. Bước 3**

- Bộc lộ dây XII cùng bên.

**6.4. Bước 4**

- Cắt dây XII, nối với phần ngoại vi dây VII theo kiểu tận-tận, tận- bên hoặc nối một phần dây XII với dây VII.

**6.5. Bước 5**

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra cầm máu hốc mổ, đặt dẫn lưu nếu cần.

**6.6. Bước 6**

- Khâu phục hồi theo các bình diện giải phẫu. Băng vết mổ.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Cắt thùy nông tuyến mang tai nếu cần: theo quy trình riêng

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ chọc hút và băng ép; trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.
- Rò nước bọt: xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Liệt nửa lưỡi.
- Rối loạn giọng: luyện giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. James M.R., Roger L.C., Jason H.K (2014). Rehabilitation of facial paralysis. *Cummings otolaryngology*, 5th edition, Elsevier, Philadelphia, 172, p 2416-2433.

2. Socolovsky M, Martins RS, di Masi G (2016). Treatment of complete facial palsy in adults: comparative study between direct hemi hypoglossal-facial neurorrhaphy, hemi hypoglossal-facial neurorrhaphy with grafts, and masseter to facial nerve transfer. *Acta Neurochir (Wien)*;158(5): p 945-957.

3. Taha Z. S, Rahul S., Daniel S. A (2011). Split hypoglossal-facial nerve neurorrhaphy for treatment of the paralyzed face. *American journal of Otolaryngology*, 32(6): p 511-516.

# 173. PHẪU THUẬT NỐI DÂY THẦN KINH VII TRONG XƯƠNG CHŨM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nối đoạn hai hoặc đoạn ba của dây VII trong xương chũm, khi bị tổn thương đứt do nhiều nguyên nhân khác nhau.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương đứt đoạn hai hoặc đoạn ba của dây VII do các nguyên nhân khác nhau: Do phẫu thuật, chấn thương, do khối u dây VII.
- Thời gian xuất hiện tổn thương ngắn, tốt nhất là dưới 2 tháng. Đoạn dây VII tổn thương không quá dài. Người bệnh mong muốn được phục hồi dây VII.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương vỡ nát xương thái dương tiên lượng khó tìm được đầu nối, đoạn thần kinh tổn thương quá dài.
- Người bệnh đang có chấn thương sọ não, rò dịch não tủy, các chấn thương khác nguy hiểm đến tính mạng hoặc nguy cơ viêm nhiễm.
- Người bệnh có các bệnh nội khoa kèm theo không cho phép phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Vật liệu đặt ống tai.
- Kim chỉ khâu.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Khoan tai, hệ thống máy hút và bơm nước.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản

- Bộ dụng cụ vi phẫu tai
- Dao điện đơn cực.

**5.4. Người bệnh**

- - Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- - Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, đầu quay sang bên tai đối diện với tai mổ.
- Sát khuẩn tiêm tê dưới da.

**6.1. Bước 1**

- Rạch da, tổ chức dưới da, và màng xương, bộc lộ mặt xương chũm.

**6.2. Bước 2: Mở xương chũm**

- Khoan xương chũm mở vào sào bào, mở thượng nhĩ, mở hòm nhĩ lối sau, bộc lộ đoạn III của dây VII từ ống bán khuyên bên đến lồi cơ nhị thân. Mở thành xương ống Fallope bắt đầu từ lỗ trâm chũm bằng mũi khoan kim cương 2-2.5 mm và để lại bao thần kinh. Mở ống Fallope trên một bình diện góc 180 độ ở mặt trên và mặt sau của dây VII. Tiếp theo, sử dụng mũi khoan kim cương nhỏ, mở vào đoạn khuỷu và phần xa đoạn II của ống Fallope. Có thể tiếp tục mở rộng về phía phần gần đoạn II tùy vào vị trí tổn thương.

**6.3. Bước 3:Tìm tổn thương, bộc lộ dây VII, đánh giá tổn thương, khâu nối**

- Kiểm tra vị trí tổn thương của dây VII. Nếu tổn thương trên 50% khẩu kính dây VII hoặc đứt rời dây VII, cần tiến hành nối hoặc ghép thần kinh. Khâu nối dây VII, phẫu thuật khâu phục hồi trực tiếp dây VII hoặc phẫu thuật chuyển đường dây VII. Đóng da và băng ép.

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu:

+ Dùng bông tẩm adrenalin 1:1000 đặt vào hốc mổ.

+ Nếu không cầm được hoặc chảy máu nhiều cân nhắc dùng dao điện lưỡng cực nếu vị trí chảy máu ở xa các vị trí nguy hiểm.

+ Nếu chảy máu mức độ nặng cần đặt vật liệu cầm máu và truyền máu.

- Rò dịch não tủy: Ngay khi phát hiện rò dịch não tủy, tùy mức độ có thể dùng cân cơ, mỡ màng sụn, sụn và keo sinh học để vá màng não. Điều trị nội khoa và hướng dẫn chế độ sinh hoạt làm giảm áp lực nội sọ sau mổ.

- Di lệch chuỗi xương con: Tái tạo lại trong mổ

- Mở vào ống bán khuyên (hay gặp ống bán khuyên bên): Gây điếc và chóng mặt. Xử trí đặt mảnh cân cơ hoặc sụn vá lại.

- Tổn thương tĩnh mạch bên: chèn vật liệu cầm máu tự tiêu hoặc sáp xương.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng hốc mổ**:** Dùng kháng sinh phổ rộng, chống kỵ khí, cấy vi khuẩn sau đó dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu cần mở lại vết mổ dẫn lưu mủ.

+ Tụ máu, chảy máu vết mổ.

+ Nếu tụ máu ít dùng Alpha-chymotrypsin và theo dõi, nếu nhiều cắt vài mũi chỉ, hút hết máu đọng, băng ép.

+ Chảy máu: tiêm cầm máu, băng ép hoặc mở lại vết mổ để cầm máu.

- Kích thích mê nhĩ: Chóng mặt, buồn nôn, nôn, thường do tác động mạnh vào cửa sổ bàn đạp-tiền đình. Xử trí bằng thuốc giảm chóng mặt, giảm nôn, truyền điện giải.

- Nghe kém. Thăm dò đánh giá lại và xử trí thích hợp.

- Viêm màng não, viêm não, áp xe não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Sanna M.Sunose H. (2012). Chapter 20 Management of Iatrogenic Injuries: Facial Nerve Injury. *Middle Ear and Mastoid Microsurgery*, Thieme, p586-587.
2. Jianbin Sun, Ruoya Wang, Xingrui Chen et al (2023). Surgical management and the prognosis of iatrogenic facial nerve injury in middle ear surgery: a 20-year experience. *Head Face Med*19, 31.
3. Sánchez-Ocando M, Gavilán J, Penarrocha J, et al (2019). Facial nerve repair: the impact of technical variations on the final outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 276(12):3301–3308.
4. Barry E. Hirsch, Michele St. Martin (2017). Chapter 121 Tumors of the Facial Nerve. *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery*, Elsevier Health Sciences, p643- 664.

# 174. PHẪU THUẬT LẤY TỔN THƯƠNG VÙNG CHÂN BƯỚM HÀM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi tiếp cận các khối bệnh lý vùng hố chân bướm hàm, có thể là nguyên phát hoặc xâm lấn từ tuyến mang tai, nền sọ, xương thái dương.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính (u xơ thần kinh, u tế bào schwann, u màng não) lan vào hố chân bướm hàm.
- Ung thư (sụn, xương, u sợi đơn độc, sarcoma cơ vân) vùng hố chân bướm hàm.
- U xơ mạch vòm mũi họng lan vào hố chân bướm hàm.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân nặng không cho phép gây mê/phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

Những người bệnh có bệnh lý nội khoa phối hợp (tiểu đường, tăng huyết áp) cần phối hợp điều trị.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống nội soi.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ
- Lắp đặt hệ thống định vị.

**6.1. Bước 1: Cắt vách mũi xoang**

- Cắt cuốn dưới, xác định lỗ thông xoang hàm.
- Khoan cắt dần phần trước trong xương hàm trên.
- Cắt ống lệ mũi và túi lệ.
- Cắt bỏ khối xương sàng – bướm cùng bên.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ hố chân bướm hàm**

- Khoan mở mảnh đứng xương khẩu cái, bộc lộ và thắt động mạch bướm khẩu cái.
- Lấy bỏ mảnh chân bướm trong và sàn xoang bướm tới giới hạn là ống chân bướm.

**6.3. Bước 3: Lấy bỏ khối u**

- Đối với khối u lành tính, loại bỏ dần khối u từ trung tâm và sau đó khối u được tách ra khỏi các cấu trúc giải phẫu xung quanh.
- Đối với các khối u ác tính, tổn thương được cắt bỏ thành từng khối lớn từ ngoại vi tới trung tâm và thực hiện sinh thiết tức thì vùng rìa tới kết quả âm tính. Có thể thắt mạch hoặc nút mạch (trước mổ) với động mạch hàm trong để tránh chảy máu.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6: Đóng hốc mổ**

- Che phủ diện phẫu thuật bằng vạt niêm mạc có cuống từ vách ngăn.
- Đặt vật liệu cầm máu.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu (lưu ý nhánh của động mạch cảnh ngoài): xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Rò dịch não tủy: bít lấp lỗ rò.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết: nội khoa tích cực.
- Rò dịch não tủy: bít lấp lỗ rò.

### 7.3. Di chứng

Sẹo dính hốc mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Melissa M.S (2006). Endoscopic anatomy of the pterygopalatine fossa. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 3rd ed. Elsevier Saunder, Philadelphia ,2, p197-200.
2. Aldo C.S (2010) Transnasal endoscopic-assisted surgery of the anterior skull base. *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 5th ed. Elsevier Saunder, Philadelphia,1, p2471-2486.
3. Carlos D.P, Carl H.S (2014). External approaches in sinus surgery. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology* ,5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia,1, p604-611.

# 175. PHẪU THUẬT CẮT U ĐÁY LƯỠI/HẠ HỌNG THEO ĐƯỜNG MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ TÁI TẠO

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u lành tính ở đáy lưỡi/hạ họng qua đường mở xương hàm dưới có tái tạo bằng vạt da cơ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính vùng đáy lưỡi/hạ họng lớn (u máu, u bạch mạch) không thể phẫu thuật qua đường miệng hoặc trên móng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

U lớn lan rộng ra ngoài đáy lưỡi/hạ họng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc chống đông (nếu cần).
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại: Vật liệu cầm máu tự tiêu, sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống khoan cưa cắt xương.
- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Clip mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: khoan xương, nẹp vít.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để nối vi mạch.

- Kính hiển vi phẫu thuật, kính lúp nối vi mạch.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Rạch da**

- Vẽ đường mổ và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

**6.2. Bước 2. Bóc tách vạt da**

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

**6.3. Bước 3. Cắt xương hàm dưới**

- Cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm theo hình zic zắc để sau cố định (lưu ý: tránh làm tổn thương chân răng).

**6.4. Bước 4. Bộc lộ u**

- Kéo xương hàm dưới sang 2 bên.
- Mở vào thành bên họng để bộc lộ rõ vùng đáy lưỡi - hạ họng.
- Bộc lộ và tránh làm tổn thương dây IX, XII.
- Quan sát đánh giá u.

**6.5. Bước 5. Cắt u**

- Cắt u theo bình diện u.
- Cầm máu diện cắt.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.6. Bước 6. Khâu tái tạo đáy lưỡi/hạ họng bằng vạt da cơ

- Đánh giá diện khuyết thiếu đáy lưỡi/hạ họng sau khi cắt u.
- Chuyển vạt da cơ lên khâu vào phần lưỡi/hạ họng còn lại để tạo hình lại đáy lưỡi/hạ họng.
- Khâu ống họng theo lớp bằng chỉ tiêu chậm.
- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.
- Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.
- Đặt ống thông mũi dạ dày cho ăn.

### 6.7. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (thực hiện theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (thực hiện theo quy trình riêng).

* Lấy vạt da cơ và khâu nối vi phẫu (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt thì khâu lại nếu có thể.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy mức độ.
- Rò nước bọt: Xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Chảy máu chỗ nối vi mạch: cầm máu, nối lại cuống mạch.
- Hoại tử vạt dùng để tái tạo: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm xương hàm dưới.
- Các biến chứng liên quan đến nơi cho vạt.

### 7.3. Biến chứng muộn:

- Lệch khớp cắn.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.
2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Holsinger F.C et al (2005). Surgical approaches for cancer of the oropharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology*, Elsevier, 16, 40-48.
4. Bertești eanu S.V, Popescu B, and Grigore R (2015). Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. *Hippokratia journal*, published in Thessaloniki, Greece, 19(3), 198-286.

# 176. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG HÀM DƯỚI CẮT HỌNG MIỆNG DO UNG THƯ CÓ TÁI TẠO BẰNG VẠT DA CƠ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ ung thư họng miệng qua đường mở xương hàm dưới có tái tạo bằng vạt da cơ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư họng miệng T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư họng miệng T3 trở lên.
- Ung thư họng miệng T1, T2 có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc chống đông (nếu cần).
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại: vật liệu cầm máu tự tiêu, sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống khoan cưa cắt xương.
- Bộ dao mổ điện đơn cực và đông điện lưỡng cực.
- Bộ kẹp mạch máu, dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: khoan xương, nẹp vít.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để nối vi mạch.

- Kính hiển vi phẫu thuật, kính lúp nối vi mạch.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa, thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1. Rạch da**

- Vẽ đường rạch da và tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch.
- Rạch da đi từ điểm giữa môi dưới vòng quanh cằm xuống cổ và chạy song song với xương hàm dưới, cách xương hàm dưới 2 khoát ngón tay tới gần mỏm chũm.

**6.2. Bước 2. Bóc tách vạt da**

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

**6.3. Bước 3. Cắt xương hàm dưới**

- Cắt xương hàm dưới ở gần góc hàm theo đường zic zắc để thuận lợi cho thì cố định ở sau (lưu ý: tránh làm tổn thương chân răng).

**6.4. Bước 4. Bộc lộ u**

- Kéo xương hàm dưới sang 2 bên.
- Mở thành bên họng để bộc lộ rõ vùng họng miệng và toàn bộ u.
- Tránh làm tổn thương dây IX, XII.

**6.5. Bước 5. Cắt u**

- Cắt u theo bình diện u cách vùng rìa u 1,5cm.
- Sinh thiết tức thì đến khi vùng rìa âm tính.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6. Khâu tái tạo vùng khuyết thiếu của họng miệng**

- Đánh giá diện khuyết thiếu họng miệng sau khi cắt u.

- Chuyển vạt da cơ lên khâu vào vùng họng miệng còn lại để tạo hình.
- Khâu ống họng theo lớp bằng chỉ tiêu 3.0.
- Cố định lại xương hàm dưới bằng nẹp vít.
- Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ.
- Đặt dẫn lưu kín, khâu da 2 lớp, chú ý khâu đúng viền môi.
- Đặt ống thông mũi dạ dày cho ăn.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (thực hiện theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (thực hiện theo quy trình riêng).

* Lấy vạt da cơ và khâu nối vi phẫu (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh: nhánh dây VII, IX, XII. Nên chủ động tìm và bảo tồn các dây thần kinh, nếu đứt thì khâu lại.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy mức độ.
- Rò nước bọt: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp.
- Chảy máu chỗ nối vi mạch: cầm máu, nối lại cuống mạch.
- Hoại tử vạt dùng để tái tạo: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm xương hàm dưới.
- Các biến chứng liên quan đến nơi cho vạt.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Lệch khớp cắn.
- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferris R.L (2017). Surgery of the Tongue. *Myers - Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 301-317.
2. Anna M.P et al (2013). Oropharyngeal cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins,Philadelphia,Vol 2, 898-1916.
3. Holsinger F.C et al (2005). Surgical approaches for cancer of the oropharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology*, Elsevier, 16, 40-48.
4. Bertești̇eanu S.V, Popescu B, and Grigore R (2015). Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. *Hippokratia journal*, published in Thessaloniki, Greece, 19(3), 198-286.

# 177. PHẪU THUẬT LẤY VẠT DA CƠ NGỰC LỚN TẠO HÌNH VÙNG MẤT CHẤT VÙNG ĐẦU CỔ.

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy vạt da-cơ ngực lớn để làm vật liệu tái tạo các tổn thương mất chất vùng đầu cổ.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương mất chất rộng vùng đầu cổ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có các khiếm khuyết về mạch máu cơ ngực lớn.
- Suy giảm chức năng cơ lưng rộng cùng bên, gây ảnh hưởng tới vận động khớp vai cùng bên.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân nặng chưa được kiểm soát.
- Gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ vùng ngực, đặc biệt ở nữ giới, do đó cần trao đổi với người bệnh và xem xét trước phẫu thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bộ dẫn lưu kín.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Máy siêu âm doppler mạch (nếu có).
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2–3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đặt gối vai.

**6.1. Bước 1:** Thiết kế vạt

- Xác định cuống mạch nuôi bằng siêu âm (nếu có).
- Xác định độ dài cuống vạt.
- Xác định diện tích của vạt phù hợp vùng mất chất.

**6.2. Bước 2**

- Rạch da theo thiết kế.

**6.3. Bước 3**

- Bóc tách vạt da-cơ theo thiết kế.

**6.4. Bước 4**

- Kiểm tra cầm máu.

**6.5. Bước 5**

- Đặt dẫn lưu kín và đóng vết mổ vùng cho vạt.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương mạch cuống vạt: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng vùng lấy vạt.
- Hoại tử vạt: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Suy giảm chức năng của vai và vùng cổ: tập phục hồi chức năng.
- Sẹo xấu vùng cho vạt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zoe MM et al (2017). Chapter 170: Pectoralis Major Musculocutaneous Flaps in Head and Neck Surgery. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 3rd edition, Elsevier, 3932 – 3946.
2. Mark KW et al (2011). Chapter 58: Pectoralis Major Myocutaneous Flap. *Atlas of head & neck surgery*, Elsevier Saunder, Philadenphia, 570-573.
3. Michael AH, Babak JM (2018). Chapter 47: Pectoralis Major Flap for Pharyngeal Reconstruction. *Operative Techniques in Plastic Surgery*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 3023-3034.

# 178. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU HỌNG - MÀN HẦU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm tái tạo lại vùng mất chất lớn họng màn hầu giúp phục hồi chức năng nuốt, thở và phát âm cho người bệnh.

Có nhiều phương pháp tạo hình họng màn hầu (ví dụ: sử dụng vạt tại chỗ, vạt tự do, tạo hình bằng máng bịt). Bài viết này đề cập đến tạo hình bằng các vạt tại chỗ, vạt tự do.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Mất chất lớn sau phẫu thuật cắt tổn thương vùng họng màn hầu.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ mở miệng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02- 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1**

- Đặt dụng cụ mở miệng, đánh giá tổn thương mất chất vùng họng màn hầu để đưa phương pháp tạo hình phù hợp.
- Thiết kế vạt dựa vào kích thước tổn thương mất chất và vùng cho vạt.

**6.2. Bước 2**

- Lấy vạt tại chỗ có cuống (vạt niêm mạc má, vạt niêm mạc thành sau họng, vạt lưỡi). Đưa vạt vào vị trí tổn thương vùng họng màn hầu.
- Đối với các vạt tự do (vạt cẳng tay, vạt đùi trước ngoài), động mạch nuôi vạt được nối vi phẫu với nhánh bên của động mạch cảnh ngoài như động mạch giáp trên hoặc động mạch mặt trước khi khâu che phủ vạt lên vùng mất chất.

**6.3. Bước 3**

- Khâu mép vạt với vùng mất chất.
- Khâu đóng vùng cho vạt.

**6.4. Bước 4**

- Đặt ống sonde dạ dày.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng: xử trí dùng kháng sinh phối hợp, phổ rộng. Mở lại vết mổ dẫn lưu nếu hình thành áp xe.
- Hoại tử vạt ghép: xử trí phẫu thuật tạo hình lại vạt ghép.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn phát âm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anna MP, Jonas TJ(2014), Oropharyngeal Cancer. Johnson J T, Rosen C A. (2014). *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology*. Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 1898-1916.
2. Matthew HR, Bruce HH, Mark T (2014), Reconstruction of the Oropharynx. *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery E-Book*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 1444-1465.
3. Donovan E, Chwee ML, Myers EN (2017) Operative Otolaryngology: Excision of Buccal Carcinoma. *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 219-226.
4. Neligan PC, Buck, D.W (2013). *Core Procedures in Plastic Surgery*, Elsevier, Philadelphia, 156–165.

# 179. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU HỌNG – THỰC QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm tái tạo lại vùng mất chất lớn vùng hạ họng- thực quản, giúp phục hồi chức năng nuốt cho người bệnh.

Tùy mức độ mất chất mà có nhiều vật liệu tái tạo khác nhau (ví dụ: vạt da cơ lân cận có cuống, vạt da cơ tự do, chuyển đoạn quai ruột, đưa dạ dày lên).

## 2. CHỈ ĐỊNH

Mất chất lớn sau phẫu thuật lấy tổn thương vùng hạ họng- thực quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 04 - 05 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn ở đầu.

**6.1. Bước 1**

- Đánh giá tổn thương mất chất vùng hạ họng thực quản và chất liệu tạo hình.
- Lựa chọn vật liệu tái tạo tùy mức độ mất chất.
- Chuẩn bị vật liệu tái tạo theo quy trình riêng.

**6.2. Bước 2**

- Đối với tạo hình bằng dạ dày, dạ dày được kéo lên vùng cổ và khâu nối tận- tận với phần còn lại của ống họng.
- Đối với vạt da cơ lân cận có cuống (ví dụ: vạt da cơ delta, vạt cơ ngực lớn), vạt da được cuộn lại, lấy bỏ phần da thừa, khâu bịt lại vùng khuyết mất chất của hạ họng - thực quản, đảm bảo ống họng thực quản sau tạo hình kín.
- Đối với các vạt tự do (ví dụ: vạt cẳng tay, vạt đùi), vạt da cơ được cuộn lại, khâu một đầu nối với ống họng, một đầu nối với phần còn lại của thực quản. Nhánh mạch nuôi vạt được nối vi phẫu với nhánh bên của động mạch cảnh ngoài như động mạch giáp trên hoặc động mạch mặt.
- Đối với chuyển đoạn quai ruột (ví dụ: hỗng tràng, đại tràng), nhánh mạch nuôi quai ruột được giữ lại, một đầu quai ruột nối với dạ dày, đầu còn lại nối với ống họng.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra cầm máu.

**6.4. Bước 4**

- Đặt dẫn lưu, khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Lấy vạt làm vật liệu tái tạo theo quy trình riêng.

* Tùy từng phương pháp tạo hình có thể lựa chọn nuôi dưỡng bằng đặt sonde mũi - dạ dày, mở thông dạ dày hoặc mở thông hỗng tràng theo quy trình riêng.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí theo mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí dùng kháng sinh phối hợp, phổ rộng. Mở lại vết mổ dẫn lưu nếu hình thành áp xe.
- Rò miệng nối: xử trí mở lại hốc mổ, khâu đóng lại miệng nối.
- Hoại tử vạt ghép: xử trí phẫu thuật tạo hình lại vạt ghép.
- Viêm phổi: điều trị kháng sinh phổ rộng
- Tràn dịch – tràn khí màng phổi: xử trí dẫn lưu màng phổi, điều trị kháng sinh.
- Viêm trung thất- áp xe trung thất: điều trị tùy mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Hẹp thực quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mihir KB, Randal SW (2014), Hypopharyngeal and Cervical Esophageal Carcinoma. *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology*. Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 1917-1936.
2. Douglas BC, Flint PW, Haughey BH, Robbins KT et al (2014) Reconstruction of the Hypopharynx and Esophagus. *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery E-Book*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 1528-1540.
3. Jessica H. M, Seungwon K (2017) Pharyngectomy. *Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 279-286.

# 180. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG BÁN PHẦN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hạ họng bán phần là phẫu thuật cắt bỏ một phần hạ họng áp dụng đối với khối ung thư vị trí tại thành sau-bên hạ họng. Bệnh phẩm lấy bỏ liền khối bao gồm: một phần ba sau của cánh sụn giáp, sừng lớn xương móng, toàn bộ thành ngoài xoang lê có chứa khối u và một phần thành sau hạ họng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư hạ họng T1, T2 (vị trí u giới hạn tại thành sau bên hạ họng) chưa có di căn xa.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư hạ họng T3, T4.
- Ung thư hạ họng T1, T2 đã có di căn xa.
- Ung thư hạ họng T1, T2 đã xâm lấn hoặc xuất phát tại thành trong, thành trước và đỉnh xoang lê, vùng sau nhẫn.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, suy tim, lao, COPD, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu chậm và không tiêu, kim tròn và kim tam giác.
- Băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao siêu âm/ dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ khoan cắt lưỡi thẳng hoặc lưỡi đĩa.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1: Rạch da và bóc tách vạt da - cơ bám da cổ**

- Rạch da theo hình chữ U: đáy ngang mức màng giáp-nhẫn, hai cánh chạy tương ứng bờ trong cơ ức đòn chũm hai bên nối tới mỏm chũm hai bên.
- Bóc tách vạt da và cơ bám da cổ, phía trên bộc lộ tới quá bờ trên xương móng 2cm, phía dưới tới cách hõm ức 1cm.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ mặt ngoài thành bên hạ họng có tổn thương u**

- Cắt các đầu cơ trên móng và dưới móng cùng bên u ra khỏi điểm bám vào xương móng. Buộc thắt và cắt động tĩnh mạch giáp trên.
- Bóc tách giải phóng cơ siết họng dưới cùng bên u ra khỏi gờ bám tại cánh sụn giáp và mặt ngoài của hạ họng. Bóc tách rộng ra phía sau, tới ngang mức tương ứng mặt phẳng kẻ qua mặt trước xương cột sống cổ.
- Cắt rời sừng lớn ra khỏi thân xương móng.
- Cắt cánh sụn giáp: cắt phân ly 1/3 sau ra khỏi 2/3 trước cánh sụn giáp, chú ý chỉ cắt hết bản sụn và không cắt xuyên thủng vào niêm mạc.

**6.3. Bước 3: Mở vào hạ họng**

- Cắt vào hố lưỡi thanh thiệt:

+ Bắt đầu cắt từ điểm tương ứng vị trí nối giữa thân xương móng và sừng xương móng, đi sát với bờ trên xương móng, từ trước ra sau.
+ Tiếp cận khối u. Khi cắt tới cách bờ rìa khối u 2cm thì dừng lại.

- Cắtvào xoang lê:

+ Bắt đầu cắt từ điểm ngoài cùng của đường mở vào hố lưỡi thanh thiệt, đi vòng cung xuống dưới, ra trước.
+ Tiếp cận khối u. Luôn đi cách bờ rìa u 2cm.

### 6.6. Bước 6: Cắt khối u

- Cắt từ điểm cuối cùng của đường mở vào xoang lê, hướng từ trong ra ngoài, từ trước ra sau, từ dưới lên trên: cắt theo đường cong chạy tiếp tuyến cách bờ rìa u một khoảng ít nhất là 2cm.
- Nối liền với đường rạch mở vào hố lưỡi thanh thiệt giải phóng toàn bộ u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Sinh thiết vùng rìa để làm sinh thiết tức thì.

### 6.7. Bước 7: Khâu đóng ống họng

- Khâu đóng niêm mạc ống họng theo trục từ trên xuống dưới, từ sau ra trước. Kết thúc đóng ống họng theo đường khâu dạng chữ T.
- Nếu vùng khuyết thiếu niêm mạc hạ họng có diện tích nhỏ thì đóng niêm mạc đơn thuần. Nếu vùng khuyết thiếu rộng (kéo các mép thấy căng nhiều và nguy cơ bục vết khâu khi đóng đơn thuần) thì sử dụng mảnh ghép da tự do để khâu đóng niêm mạc hạ họng.
- Khâu đóng các cơ siết họng che kín vùng niêm mạc.
- Khâu đóng cơ siết họng với màng sụn giáp.

### 6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ

- Khâu nối các đầu cơ trên móng với các cơ dưới móng.
- Đặt dẫn lưu kín. Khâu đóng da hai lớp.
- Đặt ống sonde mũi – dạ dày.
- Thay ống nội khí quản sang ống mở khí quản có bóng chèn.

* Nạo vét hạch: thực hiện theo quy trình riêng.

* Mở khí quản: thực hiện theo quy trình riêng.

### 6.9. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh canuyn sau mổ, tránh tuyệt đối tình trạng tắc đờm.

+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, thay ống mở khí quản có bóng chèn bằng ống mở khí quản 2 nòng không có bóng chèn.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.

+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.

- Sặc khi ăn uống:

+ Tập luyện cho người bệnh ăn và uống phù hợp để tránh sặc nước và thức ăn vào đường thở.

+ Rút xông mũi-dạ dày khi người bệnh đã hết sặc.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa Hô hấp.

- Rò ống họng:

+ Nếu rò ống họng kích thước bé thì cần làm sạch đường rò, băng ép tại chỗ cho đến khi hết rò.

+ Nếu lỗ rò lớn thì cần làm sạch đường rò, khâu mũi chỉ kéo cơ và tổ chức mỡ lân cận đóng đường rò và băng ép.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.

- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Carl E.S (1981), The Hypopharynx. *Surgery for cancer of the larynx and related structures* – Churchill Livingstone p157 - 202.
2. Chung E.J (2013),Alternative treatment option for hypopharyngeal cancer: clinical outcomes after conservative laryngeal surgery with partial pharyngectomy. *Acta Oto-Laryngologica, 133: p866–873.*
3. Spriano G, Myers EN, Robert L (2014), Partial Pharyngectomy. *Master techniques in Otolaryngology – Head and Neck Surgery.* Vol. I, Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins. p269-284.
4. Jatin P.S (2020), Surgical procedures for the hypopharynx – *Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5th ed. Elsevier Inc, p339-360.
5. Matthew E.S (2021),Neoplasms of the Hypopharynx and Cervical Esophagus. *Cummings Otolaryngology_Head and Neck Surgery*, 7th ed.by Elsevier Inc. p1503-1518.
6. Rebecca E.F (2018),Partial Pharyngectomy. *Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery*3rd edition Elsevier Ltd. p335 – 342.
7. Robert M.B (1994), The lateral pharyngotomy. *Head and Neck. September/Octoberp460-462.*

# 181. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THƯ HẠ HỌNG BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật dùng laser cắt bỏ ung thư hạ họng giai đoạn sớm qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư hạ họng giai đoạn T1, T2 ở thành sau hạ họng.
- Ung thư hạ họng giai đoạn T1 ở thành trong hoặc thành ngoài xoang lê.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.
- Khối u xâm lấn cơ siết họng.
- Khối u xâm lấn đáy xoang lê hoặc vùng sau nhẫn phễu.
- Khối u xâm lấn thanh quản.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Không có.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, bông.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản chuyên dụng cho phẫu thuật laser (nếu có).
- Bộ dụng cụ soi treo hạ họng dành cho phẫu thuật laser.
- Máy laser.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa.
- Lắp đặt đảm bảo an toàn laser.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt càng soi treo bộc lộ khối u hạ họng.
- Đặt bông ướt bảo vệ ống nội khí quản và niêm mạc vùng kế cận.

**6.2. Bước 2: Cắt u**

- Tiến hành dùng laser cắt khối u hạ họng với vùng rìa 1- 1,5cm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Làm sinh thiết tức thì đến khi diện cắt âm tính.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương răng: cần đánh giá tình trạng răng trước phẫu thuật, thao tác trong phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Bỏng: năng lượng của tia laser có thể gây bỏng da hoặc niêm mạc trong phẫu thuật, để phòng biến chứng này phải che phủ da, niêm mạc lành bằng bông ẩm.
- Cháy nổ: có thể xảy ra khi tia laser tiếp xúc với oxy trong đường thở hoặc ống nội khí quản, để phòng biến chứng này cần che chắn vùng ống nội khí quản bằng bông ẩm hoặc sử dụng loại ống chuyên dụng cho phẫu thuật laser.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí dưới da: băng ép vùng cổ nếu tràn khí ít. Nếu tràn khí nhiều có thể mở khí quản.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm phổi: điều trị nội khoa.
- Nuốt sặc: đặt ống thông mũi dạ dày, hướng dẫn người bệnh tập ăn.
- Rò ống họng: làm sạch đường rò, băng ép vùng cổ, phẫu thuật đóng đường rò khi cần thiết.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Rebecca E.F, Andrew T, Myers EN (2017). Partial Pharyngectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 335-341.
2. Matthew E.S, Ravindra U (2020). Neoplasms of the Hypopharynx and Cervical Esophagus. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 7th ed, Elsevier, Vol 3, 1514-1516.
3. Prathamesh S.P, Watkinson JC, Clarke RW et al (2018). Management of hypopharyngeal cancer. *Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 8th ed, CRC Press, Vol 3, 279-284.
4. Bernal-Sprekelsen M and Vilaseca I (2015). Transoral Laser Microsurgery for Tumors of the Hypopharynx. *Transoral Laser Microsurgery of Benign and Malignant Lesions*, Thieme, 103-105.
5. Ambrosch P, Huettenbrink KB (2011). Lasers for Malignant Lesions in the Upper Aerodigestive Tract. *Lasers in Otorhinolaryngology*, First Edition, Thieme, Vol 1, 113-142.

# 182. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG – THANH QUẢN BÁN PHẦN CÓ TẠO HÌNH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản bán phần có tạo hình là phẫu thuật cắt bỏ liền khối một phần hạ họng và thanh quản cùng với u. Vùng khuyết được tái tạo bằng khâu tạo hình bằng màng sụn giáp hoặc bằng mảnh ghép da tự do hoặc vạt ghép có cuống mạch.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư hạ họng T1, T2 khu trú tại thành trong, thành ngoài xoang lê.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư hạ họng T1, T2 đã lan sụn nhẫn.
- Ung thư hạ họng T3, T4.
- Ung thư hạ họng đã có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, suy tim, lao, COPD, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu chậm và không tiêu, kim tròn và kim tam giác.
- Băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao siêu âm/ dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi mạch (nếu có).
- Bộ khoan cắt sụn lưỡi thẳng hoặc đĩa.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1: Rạch da và bóc tách vạt da dưới cơ bám da cổ**

- Rạch da theo hình chữ U: đáy ngang mức bờ dưới sụn giáp, hai cánh chạy tương ứng bờ trong cơ ức đòn chũm hai bên nối tới mỏm chũm hai bên.
- Bóc tách vạt da và cơ bám da cổ: phía trên quá bờ trên xương móng 2cm, phía dưới cách hõm ức 1cm.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ mặt ngoài thành bên hạ họng có u và cắt phần trên sụn giáp**

- Cắt các đầu cơ trên móng và dưới móng. Cắt rời thân xương móng và sừng lớn xương móng tại vị trí bên không có tổn thương.
- Bóc tách cơ siết họng dưới ra khỏi cánh sụn giáp và mặt ngoài của hạ họng.
- Bóc tách ½ trên của màng ngoài sụn giáp ra khỏi cánh sụn giáp hai bên.
- Cắt phần trên cánh sụn giáp hai bên theo đường cắt hình chữ L nằm ngang: nét đứng chữ L là đường phân ly ½ trên và ½ dưới sụn giáp; nét ngang chữ L là đường phân ly ½ trong và ½ ngoài cánh sụn giáp bên không có tổn thương. Chú ý chỉ cắt hết bề dày sụn.

**6.3. Bước 3: Mở vào hạ họng**

- Mở vào hố lưỡi thanh thiệt: cắt sát với bờ trên xương móng, đi vòng cung từ trên xuống dưới tiếp cận khối u tới cách bờ rìa khối u 2cm.
- Mở vào thành bên hạ họng: cắt đường vòng cung xuống dưới ra sau so với u, luôn đi cách bờ rìa u 2cm.

**6.4. Bước 4: Cắt khối u:**

- Cắt bỏ liền khối bệnh tích gồm xoang lê có chứa u, sụn phễu và nếp phễu – thanh thiệt cùng bên u, băng thanh thất hai bên; nẹp phễu – thanh thiệt bên đối diện, một phần xoang lê bên đối diện. Giữ lại sụn phễu một hoặc hai bên.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

- Đường cắt đi cách bờ rìa u 2cm.
- Sinh thiết vùng rìa để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh tức thì.

**6.5. Bước 5: Tái tạo hình ống họng và thanh quản:**

- Tạo hình 2 nếp phễu – thanh thiệt: khâu rìa niêm mạc sàn buồng Morgagni với mép niêm mạc xoang lê.
- Khâu đóng niêm mạc ống họng theo trục từ trên xuống dưới, từ sau ra trước.
- Vùng khuyết ống họng:

+ Kích thước nhỏ: khâu tạo hình màng sụn giáp vào niêm mạc họng bên trên.
+ Kích thước lớn: lấy vạt da khâu nối vào niêm mạc họng hoặc sử dụng mảnh ghép tự do có cuống mạch để tái tạo hình ống họng.

- Khâu đóng các cơ siết họng hai bên.
- Khâu đóng các đầu cơ dưới móng với các đầu cơ trên móng.

**6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ:**

- Đặt dẫn lưu kín.
- Khâu đóng da hai lớp.
- Thay ống nội khí quản sang ống mở khí quản có bóng chèn.
- Đặt xông mũi-dạ dày.

* Nạo vét hạch: thực hiện theo quy trình riêng.

* Mở khí quản: thực hiện theo quy trình riêng.

* Lấy vạt da hoặc mảnh ghép tự do có cuống mạch: thực hiện theo quy trình riêng

**6.7. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh ống mở khí quản sau mổ, tránh tắc đờm.
+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, thay ống mở khí quản có bóng chèn bằng ống mở khí quản 2 nòng không có bóng chèn.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.

+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.

- Sặc khi ăn uống:

+ Tập luyện cho người bệnh ăn và uống phù hợp để tránh sặc nước và thức ăn vào đường thở.

+ Rút sonde mũi – dạ dày khi người bệnh đã hết sặc.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa Hô hấp.

- Rò ống họng:

+ Nếu rò ống họng kích thước bé thì cần làm sạch đường rò, băng ép tại chỗ cho đến khi hết rò.

+ Nếu lỗ rò lớn thì cần làm sạch đường rò, khâu mũi chỉ kéo cơ và tổ chức mỡ lâncận đóng đường rò và băng ép.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn nuốt.

- Rối loạn giọng.

- Hẹp đường thở.

- Sẹo lồi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Carl E. Silver (1981), The Hypopharynx. *Surgery for cancer of the larynx and related structures.* Churchill Livingstone. p157-202.

2. Giuseppe S, Myers EN, Robert LF(2014), Partial Pharyngectomy. *Master techniques in Otolaryngology – Head and Neck Surgery.*Vol. I, Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins p269÷284.

3. Cortese S (2019), Partial pharyngolaryngectomy with infrahyoid flap: Our experience. *Am J Otolaryngol 40, 102271*.

4. Chung EJ (2013), Alternative treatment option for hypopharyngeal cancer: clinical outcomes after conservative laryngeal surgery with partial pharyngectomy. *Acta Oto-Laryngologica, 133: p866–873.*

5. James PA (1997), Reconstruction of Partial Laryngopharyngectomy defects. *Head and Neck* ,Volume 19, Issue 6, September 1997, Pages 541-544.

# 183. PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG – THANH QUẢN TOÀN PHẦN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản toàn phần là phẫu thuật cắt bỏ liền khối một phần hạ họng và toàn bộ thanh quản áp dụng điều trị ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn muộn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư hạ họng T3, T4a.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư hạ họng T4b.
- Ung thư hạ họng đã có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, suy tim, lao, COPD, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu chậm và không tiêu, kim tròn và kim tam giác.
- Băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao siêu âm/ dao hàn mạch (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1: Rạch da và bộc lộ khung sụn thanh quản**

- Rạch da và bóc tách vạt da, cơ bám da cổ: phía trên quá bờ trên xương móng 2cm, phía dưới cách hõm ức 1cm.
- Mở đường trắng giữa, bộc lộ tuyến giáp và cắt eo tuyến giáp.
- Cắt các cơ vai móng, ức móng, ức giáp hai bên tại vị trí ngang mức đốt sụn khí quản 3-4. Cắt các đầu cơ trên móng ra khỏi bờ trên xương móng.

**6.2. Bước 2: Mở vào hạ họng theo giới hạn trên**

- Bộc lộ mặt ngoài hạ họng hai bên, buộc thắt và cắt động tĩnh mạch thanh quản trên. Bóc tách giải phóng cơ siết họng ra khỏi cánh sụn giáp. Bóc tách thành ngoài xoang lê hai bên.
- Cắt vào hạ họng: đi sát bờ trên xương móng và mở rộng về hai phía tới hết thân xương móng.

**6.3. Bước 3: Cắt khí quản theo giới hạn dưới:**

- Cắt khí quản theo hình vát từ trước ra sau, từ dưới lên trên: phía trước ngang qua màng gian sụn 4-5, phía sau ngang qua màng gian sụn 3-4.
- Khâu thành trước khí quản với mép da nền cổ. Cố định ống nội khí quản.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ u**

- Bóc tách giải phóng thành sau khí quản ra khỏi thành trước thực quản.
- Cắt vào hạ họng hai bên: cắt từ đầu tận của đường mở vào hạ họng phía trên, cắt tới màng giáp - nhẫn, đi cách rìa khối u ít nhất khoảng 1cm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5: Khâu tạo hình ống họng**

- Đặt sonde mũi – dạ dày.
- Khâu đóng niêm mạc ống họng.
- Khâu đóng các cơ siết họng.

**6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ**

- Đặt dẫn lưu kín.

- Khâu đóng da hai lớp.
- Đóng mép da phía trên với mép lỗ mở khí quản tạo hình lỗ mở khí quản.
- Thay ống thở nội khí quản sang ống mở khí quản có bóng chèn.

* Nạo vét hạch cổ (thực hiện theo quy trình riêng).

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong phẫu thuật: Xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh ống mở khí quản sau mổ, tránh tuyệt đối tình trạng tắc đờm.
+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, thay ống mở khí quản có bóng chèn bằng ống mở khí quản 2 nòng không có bóng chèn.
+ Sau mổ ngày thứ 5, rút bỏ ống mở khí quản.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.
+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.

- Rò ống họng:

+ Nếu rò ống họng kích thước bé thì cần làm sạch đường rò, băng ép tại chỗ cho đến khi hết rò.
+ Nếu lỗ rò lớn thì cần làm sạch đường rò, khâu mũi chỉ kéo cơ và tổ chức mỡ lân cận đóng đường rò và băng ép.

- Viêm phổi: Điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa Hô hấp.

### 7.3. Di chứng:

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn phát âm.
- Hẹp lỗ mở khí quản

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Edward M. Stafford (2015), Surgery of the Laryngopharynx. *Total Otolaryngology - Head and Neck Surgery*; Thieme Medical Publishers, Inc. p 224-232.
2. Jatin P. Shah (2020), Larynx and Trachea- *Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5th ed. Elsevier Inc. p365-440.
3. Fausto Chiesa (2014), Total Laryngopharyngectomy.*Master techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Larynx, Hypopharynx, Oropharynx, Oral cavity and Neck.* Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins volume I. p 285-291.
4. Jatin P. Shah (2020), Surgical procedures for the hypopharynx-*Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5th ed. Elsevier Inc. p 339-360.

# 184. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thanh quản bao gồm sụn giáp, sụn nhẫn và xương móng, áp dụng điều trị ung thư thanh quản giai đoạn muộn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản T3, T4a.
- Ung thư thanh quản T2 mà không thể cắt thanh quản bán phần được.
- Ung thư thanh quản lan xuống hạ thanh môn trên 1.5cm.
- Ung thư thanh quản điều trị bảo tồn thất bại.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư hạ họng T4b.
- Ung thư thanh quản đã có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, tim mạch, lao, COPD, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Ống thông dạ dày.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Dung dịch sát khuẩn povidone – iodine.
- Bút vẽ đánh dấu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dao siêu âm/ Dao hàn mạch (nếu cần).
- Bộ dao mổ điện.

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Rạch da và bộc lộ khung sụn thanh quản**

- Rạch da và bóc tách vạt da, cơ bám da cổ: phía trên quá bờ trên xương móng 2cm, phía dưới cách hõm ức 1cm.
- Mở đường trắng giữa, bộc lộ tuyến giáp và cắt eo tuyến giáp.
- Cắt các cơ dưới móng hai bên tại vị trí ngang mức đốt sụn khí quản 3-4. Cắt các đầu cơ trên móng ra khỏi bờ trên xương móng.

**6.2. Bước 2: Cắt thanh quản theo giới hạn trên**

- Buộc thắt và cắt động tĩnh mạch thanh quản trên.
- Cắt cơ siết họng dưới dọc theo bờ sau cánh sụn giáp, giải phóng xoang lê 2 bên.
- Cắt niêm mạc mở vào hố lưỡi thanh thiệt, cắt rời thanh quản từ trên xuống.

**6.3. Bước 3:Cắt khí quản theo giới hạn dưới:**

- Cắt khí quản theo hình vát từ trước ra sau, từ dưới lên trên: phía trướcngang qua màng gian sụn 4-5, phía sau ngang qua màng gian sụn 3-4.
- Khâu thành trước khí quản với mép da nền cổ. Cố định ống nội khí quản.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ u**

- Bóc tách giải phóng thành sau khí quản ra khỏi thành trước thực quản tới ngang mức sụn nhẫn, lấy bỏ toàn bộ thanh quản và khối u.

**6.5. Bước 5: Khâu tạo hình ống họng**

- Đặt sonde dạ dày.
- Khâu đóng niêm mạc ống họng.
- Khâu đóng các cơ siết họng.

### 6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu kín. Khâu đóng da hai lớp.
- Đóng mép da phía trên với mép lỗ mở khí quản tạo hình lỗ mở khí quản.
- Thay ống thở nội khí quản sang ống mở khí quản có cuff.

* Thực hiện nạo vét hạch cổ (theo quy trình riêng).

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong mổ: xử trí theo mức độ**.**

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh canuyn sau mổ, tránh tuyệt đối tình trạng tắc đờm.
+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, rút bỏ ống mở khí quản.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.
+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ

- Rò ống họng:

+ Nếu rò ống họng kích thước bé thì cần làm sạch vị trí rò, băng ép tại chỗ cho đến khi hết rò.
+ Nếu lỗ rò lớn thì cần làm sạch đường rò, khâu mũi chỉ kéo cơ và tổ chức mỡ lân cận đóng đường rò và băng ép.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa hô hấp.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Mất giọng nói tự nhiên.
- Rối loạn chức năng mũi xoang.
- Hẹp lỗ mở khí quản vĩnh viễn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David E.E (2008). Total Laryngectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Sugery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 546-562.
2. Bộ Y tế (2012). Lĩnh vực họng-thanh quản. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng*, nhà xuất bản y học, Hà Nội, (312-314).
3. Bridget C.L, et al (2014). Advanced Laryngeal Cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams& WJ.lkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia, 2, 1961-1977.

# 185. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN ĐỨNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đứng là phẫu thuật cắt bỏ gần toàn bộ thanh quản; bệnh phẩm cắt bỏ gồm một bên dây thanh, băng thanh thất, hạ thanh môn, khoang cạnh thanh môn, cánh sụn giáp, mép trước dây thanh cùng một phần nhỏ dây thanh, băng thanh thất, cánh sụn giáp bên đối diện.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn T1b và T2.
- Ung thư thanh quản tầng hạ thanh môn giai đoạn T1.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản giai đoạn T3 , T4.
- Ung thư thanh quản thượng thanh môn.
- Ung thư thanh quản hạ thanh môn giai đoạn T2, T3 , T4.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, suy tim, lao, COPD, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu chậm và không tiêu, kim tròn và kim tam giác.
- Băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao siêu âm/ dao hàn mạch (nếu có).
- Bộ khoan cắt lưỡi thẳng hoặc lưỡi đĩa.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da. Bóc tách vạt da trên và dưới.
- Mở đường trắng giữa. Vén các cơ dưới móng sang hai bên. Bộc lộ cánh sụn giáp hai bên.
- Mở qua màng sụn giáp theo đường đứng dọc giữa và bóc tách giải phóng màng sụn giáp ra khỏi cánh sụn giáp hai bên.

**6.2. Bước 2**: **Mở vào thanh quản**

- Cắt mở cánh sụn giáp cùng bên tổn thương theo đường đứng dọc, giáp ranh giữa 1/3 sau và 2/3 trước của cánh sụn giáp.
- Cắt mở cánh sụn giáp đối bên tổn thương theo đường đứng dọc, ngay tại đường giữa hoặc ra phía sau so với đường giữa một khoảng 3-5mm tùy thuộc theo độ lan rộng của u sang bên đối diện. Chú ý chỉ cắt xuyên qua hết bề sâu của sụn giáp.
- Rạch đường ngang, xuyên qua màng nhẫn giáp, sát với bờ trên của cung sụn nhẫn, đi xuyên vào trong lòng hạ thanh môn, phía bên nối tới đầu dưới của 2 đường rạch đứng dọc.

**6.3. Bước 3:Bộc lộ khối u**

- Cắt ngay sát bờ trên của sụn giáp, phía bên nối tới đầu trên của 2 đường rạch đứng dọc, cắt xuyên qua mô mỡ khoang giáp móng thanh thiệt, cắt xuyên qua màng giáp móng, đi vào tiền đình thanh quản ngay sát chân sụn thanh thiệt, nối với đầu trên của đường mở cánh sụn giáp bên đối diện.
- Đi xuyên vào lòng thanh quản từ bên đối diện, cắt từ trên xuống dưới, đi qua 1/3 trước băng thanh thất, dây thanh và hạ thanh môn, cắt tới giới hạn dưới là đường mở ngang xuyên qua màng giáp nhẫn.

### 6.4. Bước 4: Bóc tách và lấy bỏ toàn bộ khối u

- Cắt bỏ tổn thương theo hướng đi từ nội thanh quản ra ngoài (tương ứng theo đường mở cánh sụn giáp); cách rìa sau tổn thương u khoảng 2-3mm. Sụn phễu cùng bên tổn thương u có thể để lại hoặc cắt bỏ cùng một khối với bệnh tích u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Sinh thiết tức thì vùng rìa để đảm bảo diện cắt hết u.

### 6.5. Bước 5: Tạo hình lại thanh quản

- Khâu kéo niêm mạc xoang lê che phủ vùng mép sau tiền đình thanh quản (nếu sụn phễu đã cắt bỏ).
- Khâu đầu trước của dây thanh bên đối diện vào màng sụn giáp bằng chỉ không tiêu.
- Có thể sử dụng kỹ thuật trượt sụn thanh thiệt xuống khâu cố định vào cung sụn nhẫn để tạo hình thành trước của thanh quản (tạo hình kiểu Tucker).
- Khâu đóng màng sụn giáp hai bên. Khâu đóng máng cơ dưới móng hai bên bằng chỉ không tiêu.

### 6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu.
- Khâu đóng da hai lớp.
- Đặt xông mũi-dạ dày.

* Mở khí quản (theo quy trình riêng).

* Nạo vét hạch (theo quy trình kỹ thuật riêng cho nạo vét hạch cổ).

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh canuyn sau mổ, tránh tuyệt đối tình trạng tắc đờm.
+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, thay ống mở khí quản có bóng chèn bằng ống mở khí quản 2 nòng không có bóng chèn.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.

+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.

- Sặc khi ăn uống:

+ Tập luyện cho người bệnh ăn và uống phù hợp để tránh sặc nước và thức ăn vào đường thở.

+ Rút xông mũi-dạ dày khi người bệnh đã hết sặc.

Viêm phổi:điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa Hô hấp.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.
- Sẹo hẹp thanh quản.
- Sẹo lồi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonas TJ, Myers EN, Ferris RL (2014) Vertical partial Laryngectomy - *Master techniques in Otolaryngology – Head and Neck Surgery.*, Vol. I, Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins, p199-206.
2. Jatin P. Shah (2020), Larynx and Trachea -*Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5tth ed. Elsevier Inc, p365-440.
3. John M. Lore, Jesus E. Medina (2005), The Larynx. *An Atlas of Head and Neck Surgery*, Loré & Medina, 4th edition, Elsevier, p1069-1171.
4. Eibling D, Myers EN, Snyderman CH (2018), Vertical Partial Laryngectomy - *Operative Otolaryngology - Head and Neck Surgery*; 3rd, Elsevier, p99-106.

# 186. PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN NGANG TRÊN THANH MÔN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn là phẫu thuật cắt bỏ bán phần trên của thanh quản liền khối với khoang giáp – móng – thanh thiệt; gồm băng thanh thất hai bên, sụn thanh thiệt, nẹp phễu – thanh thiệt hai bên và nửa trên của sụn giáp. Phần bảo tồn gồm: dây thanh hai bên, sụn phễu hai bên, hạ thanh môn.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thượng thanh môn giai đoạn T1.
- Ung thư thượng thanh môn giai đoạn T2 nhưng chưa xâm lấn đáy lưỡi, mép trước dây thanh và dây thanh, đáy và thành trong xoang lê, sụn phễu.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thượng thanh môn giai đoạn T3, T4.
- Ung thư thượng thanh môn giai đoạn T2 đã xâm lấn đáy lưỡi, mép trước dây thanh và dây thanh, đáy và thành trong xoang lê, sụn phễu.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ như: đái tháo đường, suy tim, lao, COPD, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu chậm và không tiêu, kim tròn và kim tam giác.
- Băng, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dao siêu âm/ dao hàn mạch (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da theo hình chữ U: đáy ngang mức bờ dưới sụn giáp, hai cánh chạy tương ứng bờ trong cơ ức đòn chũm hai bên nối tới mỏm chũm hai bên.
- Bóc tách vạt da và cơ bám da cổ, phía trên bộc lộ tới hết bờ trên xương móng, phía dưới tới sát bờ trên cung sụn nhẫn.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ sụn giáp, màng giáp móng**

- Cắt ngang các cơ dưới móng tại vị trí cách đầu bám tại xương móng khoảng 1-2cm.
- Bóc tách, kéo các cơ dưới móng xuống phía dưới, cắt cơ siết họng dưới; bộc lộ màng giáp móng và cánh sụn giáp hai bên.

**6.3. Bước 3: Bóc tách màng sụn và cắt ngang sụn giáp**

- Cắt màng sụn theo viền bờ trên của sụn giáp. Dùng bay bóc tách giải phóng màng sụn giáp ra khỏi cánh sụn giáp tới gần hết nửa dưới của sụn.
- Cắt sụn giáp theo đường ngang, phân tách nửa trên ra khỏi nửa dưới. Chú ý chỉ cắt sụn và không làm thủng vào nội thanh quản.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ u**

- Cắt thành bên hạ họng phía bên ít bị lan tràn u, rạch đường chéo từ ngang mức đầu ngoài thân xương móng tới nối vào đầu ngoài cùng của đường cắt ngang sụn giáp.
- Cắt vào hạ họng, đi sát bờ dưới xương móng tới hết đầu phía bên kia của thân xương móng.
- Cắt nếp phễu – thanh thiệt, điểm cắt ngay trước sụn phễu, chú ý không để lộ sụn, đường cắt đi tiếp vào sàn của buồng Morgagni, đến ngay phía trên mép trước dây thanh, nối sang sàn buồng Morgagni bên đối diện, đi tới nếp phễu – thanh thiệt bên đối diện thì cắt nếp này ngay phía trước sụn phễu, cắt nối vào niêm mạc hạ họng bên đối diện.
- Cắt phần hạ họng còn lại, lấy bỏ bệnh tích nguyên vẹn một khối.

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Sinh thiết tức thì vùng rìa để đảm bảo diện cắt hết u.

**6.5. Bước 5: Tạo hình lại thanh quản**

- Khâu đóng niêm mạc xoang lê ở phía ngoài với niêm mạc sàn buồng Morgagni ở phía trong.
- Quặt màng sụn giáp từ phía ngoài và khâu đính vào niêm mạc sàn buồng Morgagni ở phía trong, đảm bảo phủ kín bề mặt sụn giáp đã bị cắt ngang.
- Đặt các đường chỉ khâu cố định xương móng với nửa dưới của sụn giáp.
- Đặt các đường chỉ khâu cố định các cơ dưới móng vào các đầu cơ tại xương móng.

**6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ**

- Đặt dẫn lưu.
- Khâu đóng đường trắng giữa.
- Khâu da hai lớp.

* Mở khí quản: thực hiện theo quy trình riêng.

* Nạo vét hạch: theo quy trình kỹ thuật riêng.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn tắc nghẽn đường thở:

+ Chăm sóc vệ sinh canuyn sau mổ, tránh tuyệt đối tình trạng tắc đờm.
+ Sau mổ ngày thứ 2, khi nguy cơ chảy máu vào đường thở xuống thấp, thay ống mở khí quản có bóng chèn bằng ống mở khí quản 2 nòng không có bóng chèn.

- Nhiễm trùng vết mổ:

+ Vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ.
+ Lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.

- Sặc khi ăn uống:

+ Tập luyện cho người bệnh ăn và uống phù hợp để tránh sặc nước và thức ăn vào đường thở.

+ Rút xông mũi-dạ dày khi người bệnh đã hết sặc.

- Viêm phổi:điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa Hô hấp.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng.
- Hẹp đường thở.
- Sẹo lồi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Calearo C (1984), Horizontal Supraglottic Laryngectomy Surgical Technique. Functional Partial Laryngectomy, Conservation Surgery for Carcinoma of the Larynx; Springer - Verlag Berlin Heidelberg , p183-186.
2. Jonas TJ (2018), Horizontal Partial Laryngectomy. Operative Otolaryngology-Head and Neck Surgery3rd edition Elsevier Ltd, p92 – 98.
3. Jochen AW (2011). Partial Laryngectomy Transcutaneous or Open Approaches.ENT—Head and Neck Surgery: Essential Procedures Georg Thieme Verlag , p241-256.
4. Javier G, Myers EN, Ferris RL (2014), Open Supraglottic laryngectomy. Master techniques in Otolaryngology – Head and Neck Surgery. Eugene Myers, Robert L. Ferris, Vol. I, Wolters Kluwer Lippincott William & Wilkins p215-225.
5. Giuseppe S (2011), Horizontal Supraglottic Laryngectomy.Atlas of Head and Neck Surgery. Elsevier Inc. p235 – 345.
6. Jatin PS (2020), Open Conservation Surgery for Supraglottic Cancer -Jatin Shah’s Head and Neck Surgery and Oncology, 5tth ed. Elsevier Inc, p404-413.
7. John ML, Jesus EM (2005), Horizontal Supraglottic Laryngectomy An Atlas of Head and Neck Surgery, Loré & Medina, 4th edition, Elsevier, p1118-1124.

# 187. PHẪU THUẬT MỞ SỤN GIÁP CẮT DÂY THANH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ dây thanh và tổn thương theo đường mở qua sụn giáp.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dây thanh giai đoạn T1a và không thể tiếp cận bằng nội soi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản lan đến mép trước, mấu thanh.
- Ung thư thanh quản giai đoạn T1b, T2, T3,T4.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc, dẫn lưu kín.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm..
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bút vẽ đánh dấu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Máy khoan tai mũi họng, mũi khoan.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Theo đường ngang, ngang tầm sụn giáp, bóc tách các cơ dưới móng, bộc lộ sụn giáp.

**6.2. Bước 2: Mở sụn giáp**

- Dùng khoan mở sụn giáp theo đường giữa đi qua mép trước dây thanh, bộc lộ tổn thương.

**6.3. Bước 3**:

- Cắt dây thanh và toàn bộ khối u. Sinh thiết tức thì vùng rìa, đảm bảo vùng rìa diện cắt âm tính.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4**:

- Khâu phục hồi lại diện cắt và sụn giáp.

**6.5. Bước 5**:

- Đặt dẫn lưu, khâu đóng vết mổ

* Soi treo thanh quản – hạ họng đánh giá lại tổn thương (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản dự phòng (theo quy trình riêng).

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tràn khí: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu, tụ máu, tụ dịch vết phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

- Tràn khí: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: xử trí tùy theo mức độ, kháng sinh toàn thân (kháng sinh đồ).
- Viêm phổi do sặc: điều trị theo phác đồ viêm phổi.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn phát âm: khàn tiếng.
- U hạt diện cắt.
- Sẹo hẹp thanh quản, không rút được ống mở khí quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ryan J.S, Ricardo L.C (2008). Laryngofissure. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 446-453.
2. Bộ Y tế (2012). Lĩnh vực họng-thanh quản. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, nhà xuất bản y học, Hà Nội, 304-305.
3. Parul S, et al (2014). Early Laryngeal Cancer. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams& WJ.lkins, Wolters Kluwer business, Philadelphia, 2, 1940-1960.

# 188. PHẪU THUẬT CẮT MỎM TRÂM THEO ĐƯỜNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt mỏm trâm theo đường miệng là phẫu thuật tiếp cận và cắt bỏ mỏm trâm qua đường miệng, nhằm điều trị các rối loạn đau họng kéo dài gây ra do hội chứng mỏm trâm dài (hay còn gọi là hội chứng Eagle).

## 2. CHỈ ĐỊNH

Đau họng hoặc vùng cổ gây ra bởi mỏm trâm dài.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hạn chế há miệng.
- Vôi hóa hoàn toàn dây chằng trâm móng.

## 4. THẬN TRỌNG

Bệnh lý toàn thân chưa ổn định, hạn chế khả năng gây mê phẫu thuật.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm cầm máu.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc phẫu thuật.
- Kim, chỉ khâu tự tiêu.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu nếu cần.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan.
- Kìm cắt mỏm trâm.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ máy dao plasma.
- Bộ máy dao phẫu thuật coblator.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê toàn thân.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa.

**6.1. Bước 1**

- Kiểm tra mỏm trâm vị trí cực trên amidan.

**6.2. Bước 2**

- Nếu amidan quá phát thì cắt amidan theo quy trình riêng.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt mỏm trâm.**

- Đặt dụng cụ mở miệng.
- Mở trụ trước và cực trên amidan.
- Có thể tiêm phong bế vị trí mỏm trâm với thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Bóc tách các phần mô mềm ra 2 bên và phía sau, bộc lộ mỏm trâm.
- Cắt các cơ xiết họng tới chân bám mỏm trâm, bộc lộ toàn bộ mỏm trâm.
- Dùng kìm cắt xương cắt bỏ phần bám của các cơ trâm, và phần chân bám của mỏm trâm.
- Sờ lại kiểm tra hốc mổ để chắc chắn các phần mỏm trâm đã được cắt hết.

**6.4. Bước 4: Khâu đóng hốc mổ.**

- Cầm máu bằng đông điện lưỡng cực.
- Khâu đóng hốc mổ bằng chỉ tự tiêu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương động mạch cảnh trong: cần cầm máu tại chỗ ngay, hội chẩn với chuyên khoa ngoại mạch máu để xử trí.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: tiến hành cầm máu bông cầu, không đỡ phải tiến hành phẫu thuật khâu cầm máu.
- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí cho thở ôxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.
- Tổn thương thần kinh mặt: kháng sinh, chống viêm, giảm phù nề, nếu không đỡ tùy mức độ có thể cần nối thần kinh VII-XII.
- Tổn thương thần kinh IX: xử trí tùy mức độ.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Đau họng dai dẳng không hết sau phẫu thuật.
- Phình/ giả phình động mạch cảnh trong sau phẫu thuật: cần nút mạch điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Naik S.M, Naik S. (2020). Transoral transtonsillar styloidectomy: a minimally invasive technique for stylohyoid syndrome. *Int J Head Neck Surg*,11(2):23-5.
2. Myers E.N, Snyderman C.H (2017). *Transoral Removal of Elongated Styloid Process*. Operative Otolaryngology E-Book: Head and Neck Surgery. Elsevier Health Sciences, 266-269.
3. Müderris T, Bercin S, Sevil E (2014). Surgical management of elongated styloid process: intraoral or transcervical? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 271, 1709-1713.

# 189. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ DẪN LƯU ÁP XE

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở vùng cổ dẫn lưu ổ áp xe.

## 2. CHỈ ĐỊNH:

Áp xe vùng cổ sâu.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## 4. THẬN TRỌNG

- Ổ áp xe kích thước lớn, lan rộng vào các khoang cổ sâu, chèn ép đường thở cần kiểm soát tốt đường thở.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng, gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Bộ cấy vi sinh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 - 2,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm gây tê tại chỗ/ gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh kê vai, ngửa cổ, quay đầu sang bên đối diện, gối đầu tròn.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tiêm thấm vùng rạch da.

**6.1. Bước 1**

- Rạch da (đường rạch tùy thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ lan rộng của ổ áp xe), bóc tách vạt da và tổ chức dưới da.

**6.2. Bước 2**

- Rạch qua lớp cơ bám da cổ, bóc tách vén cơ ức đòn chũm ra ngoài, bộc lộ rãnh khí thực quản, bộc lộ ổ áp xe, lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. [2]

**6.3. Bước 3**

- Mở rộng ổ áp xe, đánh thông các vách ổ áp xe.[3]

**6.4. Bước 4**

- Bơm rửa sạch bằng oxy già và povidone iodine, để hở.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm tới khoa xét nghiệm.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ điều trị ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí cầm máu tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.**

- Nhiễm trùng huyết, nhiễm độc: cấy máu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Áp xe trung thất: hội chẩn với chuyên khoa ngoại phẫu thuật lồng ngực mở rộng hốc mổ xuống trung thất, đặt dẫn lưu.
- Tràn khí, tràn mủ trung thất, màng phổi: xử trí tùy mức độ.
- Rò ống họng: đặt ống thông dạ dày hoặc mở thông dạ dày, khâu đóng ống họng khi tình trạng nhiễm trùng ổn định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rzepakowska A., Rytel A., Krawczyk P. et al. (2021), The factors contributing to efficiency in surgical management of purulent infections of deep neck spaces, *Ear, Nose & Throat Journal*, 100(5), 354-359.
2. Wang Y., Chen X., Zhang H. et al. (2020), Clinical analysis of 61 cases of deep neck infection, *Zhonghua er bi yan hou tou Jing wai ke za zhi= Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*, 55(4), 358-362.
3. Velhonoja J., Lääveri M., Soukka T. et al. (2020), Deep neck space infections: an upward trend and changing characteristics, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277, 863-872.

# 190. PHẪU THUẬT MỞ CẠNH CỔ LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở vùng cổ bên tìm và lấy bỏ dị vật mắc lại trong phần mềm vùng cổ. [1]

## 2. CHỈ ĐỊNH

Có dị vật mắc lại trong phần mềm vùng cổ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Dị vật sắc nhọn, nguy cơ tổn thương mạch máu lớn.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế:

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Lưỡi dao.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02 - 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu ngửa tối đa, quay đầu sang bên đối diện, cố định đầu.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tiêm thấm vùng rạch da.

**6.1. Bước 1:**

- Rạch da (đường rạch da tùy thuộc vào vị trí và đường vào của dị vật vùng cổ), rạch qua lớp cơ bám da.
- Bóc tách vạt da lên trên xuống dưới.

**6.2. Bước 2:**

Bóc tách tìm dị vật dựa trên các mốc giải phẫu vùng cổ và phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

**6.3. Bước 3:**

Đặt dẫn lưu, khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu.

**6.4. Bước 4:**

Đặt ống thông dạ dày (nếu cần).

**6.5. Kết thúc quy trình:**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí cầm máu theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.**

- Tổn thương dây thần kinh vùng cổ: theo dõi sự hồi phục hoặc khâu nối nếu xác định đứt dây thần kinh trong phẫu thuật.
- Viêm tấy lan tỏa vùng cổ mặt: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. [3]
- Áp xe vùng cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe.
- Rò ống họng/ rò thực quản: đặt ống thông dạ dày hoặc mở thông dạ dày, khâu đóng ống họng khi tình trạng nhiễm trùng ổn định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Konaté N., Diarra K., Dembele Y. et al., Complication of an Adult Oesophageal Foreign Body: Place of Cervicotomy, *Surgery*, 1, 2.
2. Lambert R. G., Angmorterh S. K., Benjamin M. B. et al. (2020), Esophageal perforation by tilapia fish bone ingestion–A case report, *International Journal of Surgery Case Reports*, 71, 23-26.
3. Loh TL., Lamry A. (2021), Migrating Fish Bone in the Neck Complicated with Neck Abscess, *Int J Otorhinolaryngol Clin*, 13(2), 58-60.

# 191. CHÍCH RẠCH ÁP XE RÒ XOANG LÊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở vùng cổ dẫn lưu ổ áp xe nguyên nhân do rò xoang lê.

## 2. CHỈ ĐỊNH:

Áp xe vùng cổ theo dõi hoặc xác định do nguyên nhân rò xoang lê.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh lý toàn thân chống chỉ định gây mê/tê.

## 4. THẬN TRỌNG

- Nên phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản trong các trường hợp:
- Người bệnh trẻ nhỏ, người bệnh không hợp tác.
- Ổ áp xe kích thước lớn, lan rộng vào các khoang cổ sâu.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ cấy vi sinh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 01 - 1,5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, ngửa cổ tối đa, quay đầu sang bên đối diện, gối đầu tròn.
- Sát khuẩn tại chỗ vùng cổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tiêm thấm vùng rạch da.

**6.1. Bước 1:** Rạch da theo đường ngang cổ tương ứng vị trí ổ áp xe, bóc tách vạt da và tổ chức dưới da.

**6.2. Bước 2:**Rạch qua lớp cơ bám da cổ, bóc tách bộc lộ ổ áp xe, lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.[3]

**6.3. Bước 3:**Mở rộng ổ áp xe, đánh thông phá bỏ các vách.

**6.4. Bước 4:**Bơm rửa sạch bằng oxy già và povidone iodine, đặt dẫn lưu kín hoặc để hở.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa xét nghiệm

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ điều trị ngộ độc thuốc tê của Bộ Y tế.
- Chảy máu: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Viêm tấy lan tỏa vùng cổ mặt: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nhiễm trùng huyết: cấy máu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bi J., Chen X., Zhou Z. et al. (2021), Diagnosis and treatment of deep neck abscess due to congenital piriform sinus fistula in children, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 87, 655-660.
2. Zhang S., Yuan Z., Xia Z. et al. (2024), Clinical features and treatment of congenital pyriform sinus fistula: analysis of 12 cases, *Ear, Nose & Throat Journal*, 103(5), 319-323.
3. Reesha H., Adhikari P., Madeo J. L. (2022), A rare case of pyriform sinus fistula in an adult, *Cureus*, 14(6).

# 192. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ SỐNG MŨI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm loại bỏ toàn bộ nang và đường rò sống mũi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang và rò sống mũi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân nặng.
- Khi đang áp xe hoặc viêm tấy chưa kiểm soát được.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Xanh methylen (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ nội soi.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng** 02 –3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa.

**6.1. Bước 1**: **Rạch da**

- Rạch da theo hình múi cam quanh lỗ rò.
- Trong trường hợp nang đơn thuần có thể rạch ngang qua nang.
- Các trường hợp phức tạp có thể phối hợp đường rạch chân tóc (bicoronal), mở cạnh mũi hoặc đường chỉnh hình mũi mở (open rhinoplasty).

**6.2. Bước 2**: **Bóc tách dọc theo nang và đường rò**

- Bóc tách dọc theo đường rò để bộc lộ toàn bộ đường rò và nang rò.

+ Typ I (thể nông): bóc tách dọc quanh nang và đường rò.
+ Typ II (thể trong xương): có thể lấy bỏ một phần xương chính mũi và sụn vách ngăn để bộc lộ nang và đường rò, trong quá trình phẫu thuật có thể phối hợp với nội soi.
+ Typ III (thể trong sọ ngoài màng cứng): bóc tách dọc quanh nang và đường rò, tránh tổn thương màng cứng, có thể phối hợp mổ mở và nội soi.
+ Typ IV (thể trong sọ trong màng cứng): bóc tách dọc quanh nang và đường rò tới sát màng cứng, mở màng cứng để bộc lộ nang và đường rò.

**6.3. Bước 3**: **Giải phóng lấy bỏ toàn bộ nang và đường rò**

- Trong trường hợp nang đường rò lan rộng tới nền sọ cần tái tạo nền sọ theo quy trình riêng.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.**

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: Xử trí tùy mức độ.
- Rò dịch não tủy: Xử trí tùy mức độ.
- Tràn khí nội sọ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, tụ máu hốc mổ: Xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não: xử trí tùy mức độ, trường hợp do hở màng não thì cần vá lại màng não.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử trí tùy mức độ.
- Tái phát: phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wine TM, Myers EN, Snyderman CH (2017) Midline Nasal Masses Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery. Third edition. Elsevier Health Sciences, 4384 -4408.
2. Kim JH, Wang JH, Jang YJ (2010) Excision of a Nasal Dermoid Sinus Cyst via Open Rhinoplasty Approach and Primary Reconstruction Using Tutoplast-Processed Fascia Lata. Clin Exp Otorhinolaryngol. 3(1):48-51. doi:10.3342/ceo.2010.3.1.48.
3. Miller C, Manning S, Bly R (2019) Surgical management of nasal dermoid lesions. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 30(1):16-21.
4. Hartley B, Eze N, Trozzi M, et al (2015) Nasal dermoids in children: a proposal for a new classification based on 103 cases at Great Ormond Street Hospital. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.79(1):18-22.

# 193. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ SÀN MIỆNG GIAI ĐOẠN SỚM

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật ung thư sàn miệng giai đoạn sớm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư sàn miệng giai đoạn sớm T1, T2 chưa xâm lấn vào xương hàm, chưa xâm lấn vào lưỡi, chưa xâm lấn cơ dưới móng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư sàn miệng giai đoạn muộn T3,T4.
- Người bệnh bị khít hàm.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Bấc, gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Dụng cụ mở miệng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2,5 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê nội khí quản qua đường mũi.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.
- Sát khuẩn vùng miệng và vùng cổ.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u

- Mở miệng và khâu hoặc kẹp đầu lưỡi bộc lộ khối u.

### 6.2. Bước 2: Gây tê

- Xác định khối u và vẽ đánh dấu cách bờ khối u ít nhất 1cm.
- Gây tê theo đường đánh dấu.

### 6.3. Bước 3: Cắt u

- Cắt u theo bờ đường đã đánh dấu.
- Độ sâu diện cắt đến mức ngang tuyến dưới lưỡi.
- Có thể cắt tuyến dưới hàm tùy theo tổn thương (theo quy trình riêng).
- Nếu không cắt tuyến dưới hàm thì bảo tồn ống tuyến và khâu vào niêm mạc còn lại của sàn miệng.
- Sinh thiết tức thì rìa diện cắt đến âm tính.
- Có thể có tái tạo lại niêm mạc sàn miệng bằng mảnh ghép da dày, vạt dưới cằm. (theo quy trình riêng).
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4: Kiểm tra

- Kiểm soát chảy máu.
- Sát khuẩn lại hốc mổ.
- Đặt ống thông mũi – dạ dày.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Tùy theo đánh giá giai đoạn hạch tiến hành nạo vét hạch (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh lưỡi.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.
- Tổn thương thần kinh lưỡi.
- Rò nước bọt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Myers EN (2017). Excision of Cancer of the Floor of the Mouth. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier,1, 778 - 807.
2. Jonas T.J (2014). Oral cavity Cancer. *Baileys Head and Neck Surgery - Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2, 1849-874.
3. Fernando L.D, Roberto A.L (2005). Cancer of the floor of the mouth. *Operative techniques in Otolaryngology*. 10-17.

# 194. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ KHE MANG I CÓ BỘC LỘ DÂY VII SỬ DỤNG MÁY DÒ THẦN KINH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ đường rò khe mang I có sử dụng thiết bị thăm dò thần kinh để phát hiện, bảo tồn thân và các nhánh thần kinh số VII.

Thiết bị thăm dò thần kinh giúp phẫu thuật viên xác định, phân biệt dây thần kinh VII với các cấu trúc khác và xác định sự toàn vẹn của thần kinh.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Rò khe mang I.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê, phẫu thuật.
- Chống chỉ định tương đối: có tình trạng viêm nhiễm cấp tính đường rò.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu kín.
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống giám sát thần kinh trong phẫu thuật.
- Kính hiển vi phẫu thuật nếu cần thiết.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, mặt quay về phía đối diện.
- Lắp đặt thiết bị thăm dò thần kinh.

**6.1. Bước 1**

- Rạch da và tổ chức dưới da.
- Bóc tách vạt da dưới hệ thống cơ mạc nông vùng mặt.

**6.2. Bước 2**

- Bóc tách bảo tồn thần kinh tai lớn.

**6.3. Bước 3**

- Bóc tách, tìm thân dây VII ở chỗ thoát ra khỏi lỗ châm chũm (tìm xuôi dòng) hoặc tìm thân dây VII từ các nhánh chia của dây (tìm ngược dòng), có sử dụng thiết bị thăm dò thần kinh để xác định dây VII.

**6.4. Bước 4**

- Bóc tách đường rò khỏi các nhánh dây VII với sự hỗ trợ của hệ thống thăm dò thần kinh và kính hiển vi phẫu thuật (nếu cần).
- Bóc tách đường rò đến sát da ống tai ngoài (chỗ tiếp giáp ống tai sụn, ống tai xương), giải phóng toàn bộ đường rò.

**6.5. Bước 5**

- Khâu phục hồi da, sụn ống tai ngoài nếu đường rò thông vào ống tai ngoài.
- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hốc mổ nếu cần.
- Khâu đóng da theo lớp giải phẫu, băng vết mổ.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương đứt dây VII, dây tai lớn phát hiện trong lúc phẫu thuật: khâu nối thần kinh ngay.
- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: băng ép hoặc mở hốc mổ cầm máu.
- Tụ máu, tụ dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ thì chọc hút, cắt bớt chỉ; trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Rò nước bọt: băng ép, điều trị nội khoa hoặc mở hốc mổ khâu bao tuyến nước bọt.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng nóng đỏ đau tăng lên kèm chảy mủ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.
- Liệt mặt sau phẫu thuật: điều trị nội khoa, hoặc phẫu thuật nối thần kinh.

### 7.3. Di chứng

- Sẹo lồi, sẹo xấu: tiêm chống sẹo hoặc chỉnh hình sẹo.
- Tê bì vùng rạch da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mark AR, Richard MR (2002). Congenital malformations of the neck. Charles D.B, Richard M.R. *Surgical atlas of pediatric otolaryngology*, BC Decker Inc, London, 22; p 491- 501.
2. McRae RG, Lee KJ, Goertzen E (1983). First branchial cleft anomalies and the facial nerve. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 91: p197-201.
3. Jean MT, Richard N, Vincent D et al (1998). First branchial cleft anomalies: a study of 39 cases and reveiw of the literature. *Arch OtolaryngolHead Neck Surg*, 124: p291-295.

# 195. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ KHE MANG II

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy nang rò khe mang II là phẫu thuật lấy bỏ nang và đường rò bẩm sinh vùng cổ để điều trị tình trạng viêm, chảy dịch, biến dạng vùng cổ do nang đường rò gây ra.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang và rò khe mang II.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối: có tình trạng viêm nhiễm cấp tính đường rò.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu kín (nếu cần).
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm vùng đầu mặt cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1,5 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, mặt quay về phía đối diện.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch tại chỗ.

**6.1. Bước 1**

- Rạch da quanh lỗ rò theo hình múi cam hoặc rạch da theo nếp lằn cổ tương ứng vị trí nang.

**6.2. Bước 2**

- Bóc tách lên trên xuống dưới theo bình diện dưới cơ bám da cổ, bóc tách sát theo bình diện nang và đường rò. Trường hợp đường rò đi lên cao có thể rạch thêm đường thứ hai ở cao hơn đường thứ nhất để kiểm soát đường rò.

**6.3. Bước 3**

- Giải phóng toàn bộ nang hoặc thắt đường rò ở vị trí đường rò đi vào khoang miệng.

**6.4. Bước 4**

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra cầm máu hốc mổ, đặt dẫn lưu nếu cần.

**6.5. Bước 5**

- Khâu phục hồi theo các bình diện giải phẫu.
- Băng vết mổ.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu trong mổ: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương nhánh bờ hàm dưới dây TK VII hoặc dây IX, X, XII: khâu phục hồi thần kinh nếu điều kiện cho phép.
- Thủng vào vùng họng: khâu phục hồi.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụ máu, dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ thì chọc hút và băng ép; trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.

**7.3. Di chứng**

- Sẹo xấu, sẹo lồi vùng cổ: xử trí tùy mức độ.
- Liệt nhánh bờ hàm dưới dây VII: xử trí tùy mức độ.
- Rò họng: xử trí tùy mức độ.
- Di chứng do tổn thương dây XII: xử trí tùy mức độ.
- Tê bì vùng rạch da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mark A.R., Richard M.R (2002). Congenital malformations of the neck. Charles D.B, Richard M.R. *Surgical atlas of pediatric otolaryngology*, BC Decker Inc, London, 22, p504- 506.
2. Fiona B.M (2007). Congenital cysts, sinuses and fistulae. John M.G., Glenis K.S, Peter D.B. *Pediatric ENT*, Springer, Verlag Berlin Heildelberg, 19, p 172.
3. Ralph F.W, William P.P, Paul W.F, Bruce H.H., Valerie J.L. (2010). Differential diagnosis of neck masses. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed, Vol.2, 198, p 2812 – 2815.

# 196. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ XOANG LÊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Rò xoang lê (pyriform sinus fistula) là bệnh lý bẩm sinh có liên quan đến sự phát triển bất thường của túi mang III và IV.

Đường rò xoang lê bắt đầu từ vùng cổ, đi dọc theo rãnh khí thực quản, và kết thúc ở đáy xoang lê.

Phẫu thuật đóng đường rò xoang lê là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ đường rò xoang lê và đóng đáy xoang lê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Rò xoang lê.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi đang áp xe hoặc viêm tấy chưa ổn định.
- Các chống chỉ định gây mê phẫu thuật khác.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có các bệnh lý toàn thân nặng chưa ổn định.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối dưới vai, nghiêng đầu về bên lành.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Nếu chưa có áp xe và sẹo cũ vùng cổ: Rạch da đường ngang, ngang mức cực trên tuyến giáp, bờ trước cơ ức đòn chũm, hoặc ngang vị trí lồi nhất của nang rò.
- Nếu có sẹo cũ hoặc lỗ rò: rạch da đường hình trám, quanh sẹo cũ và lỗ rò, đồng thời chỉnh sửa sẹo xấu nếu cần.

**6.2. Bước 2**

- Bóc tách vạt da, bộc lộ cơ ức đòn chũm, bộc lộ bao giáp, vén bó mạch cảnh ra ngoài. Bóc tách theo đường rò hướng về phía đáy xoang lê.

**6.3. Bước 3**

- Bộc lộ bờ sau sụn giáp, cắt phần dưới cơ siết họng dưới để bộc lộ xoang lê. Tiếp tục bóc tách theo đường rò lên phía trên tới đáy xoang lê. Nếu đường rò đi sát rãnh khí thực quản, cần phải bộc lộ và bảo vệ thần kinh quặt ngược.

**6.4. Bước 4**

- Khâu bít lỗ trong của đáy xoang lê bằng chỉ không tiêu.

**6.5. Bước 5**

- Đặt dẫn lưu, khâu đóng da.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu, tụ máu hốc mổ: xử trí tùy mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: xử trí tùy theo mức độ.

- Liệt thần kinh quặt ngược: điều trị nội khoa, nếu không đáp ứng điều trị tập giọng hoặc bơm mỡ dây thanh.
- Phù nề hạ họng thanh quản gây khó thở: điều trị nội khoa, nếu khó thở thanh quản độ II xét mở khí quản.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử trí tùy mức độ.
- Tái phát: phẫu thuật lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamilton S., Cunningham M. (2017) *Chapter 201, Branchial Cleft Cysts and Sinuses*, Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery. Third edition. Elsevier Health Sciences, 1415 – 1422.
2. Bộ Y tế (2012), *Phẫu thuật Rò xoang lê*, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, Số 3979-QĐBYT, Trang 144.
3. Richer SL, Yelken K, Cunningham MJ, et al (2010) *Hypopharyngeal pharyngoplasty for the management of piriform fossa sinus*. Laryngoscope. 120:500–503.

# 197. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓNG LỖ RÒ XOANG LÊ BẰNG LASER/ NHIỆT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi gây xơ hóa đầu trong lỗ rò xoang lê bằng nhiệt/laser giúp đóng đầu trong của lỗ rò.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Rò xoang lê 1 bên hoặc 2 bên.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê, phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm cấp tính vùng cổ chưa kiểm soát được.
- Người bệnh có bệnh lý cột sống cổ, bệnh lý răng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm cầm máu.
- Thuốc cầm máu tại chỗ (ví dụ: adrenalin).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bộ phẫu thuật vi phẫu thanh quản.
- Bộ dụng cụ nội soi hạ họng thanh quản ống cứng.
- Bộ nôi soi tai mũi họng.
- Bộ dao mổ điện, đầu đốt đông điện đơn cực dài 27 - 30 cm.
- Bộ nội soi thanh quản ống cứng.
- Hệ thống laser.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: người bệnh được gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ xoang lê**

- Đặt ống soi thanh quản bộc lộ xoang lê.
- Sau khi xác định đúng xoang lê sẽ tiếp cận các thành và vùng đáy của xoang lê để tìm lỗ rò lần lượt từng bên.
- Cố định ống soi thanh quản bằng càng soi treo.

**6.2. Bước 2**

- Dùng ống nội soi cứng 0 độ quan sát lỗ rò xoang lê.

**6.3. Bước 3**

- Đốt đầu trong lỗ rò xoang lê toàn bộ chu vi miệng lỗ rò bằng nhiệt với đầu đông điện dài hoặc đầu đông laser.
- Lưu ý: thời gian, cường độ nhiệt, độ nông sâu phù hợp với từng loại máy.

**6.4. Bước 4**

- Gây xơ hóa lỗ rò bên đối diện nếu có.

**6.5. Bước 5**

- Tháo càng cố định, rút ống soi treo thanh quản.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.

**7.2. Sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Phù nề thanh quản xử trí tùy theo mức độ.

- Liệt dây thanh (dây thanh, nẹp phễu thanh thiệt, sụn phễu…) gây triệu chứng khàn tiếng hoặc nuốt sặc, xử trí theo mức độ.
- Trật khớp nhẫn phễu: xử trí tùy theo mức độ khàn tiếng và khó thở.
- Thủng xoang lê, tràn khí vùng cổ: tùy mức độ điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật mở cạnh cổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun J. Y., Berg E., McClay J. E. (2014), Endoscopic cauterization of congenital pyriform fossa sinus tracts: an 18-year experience, *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 140(2), 112-117.
2. Xiao X., Zheng S., Zheng J. et al. (2014), Endoscopic-assisted surgery for pyriform sinus fistula in children: experience of 165 cases from a single institution, *Journal of pediatric surgery*, 49(4), 618-621.
3. Watson G., Nichani J., Rothera M. et al. (2013), Case series: endoscopic management of fourth branchial arch anomalies, *International journal of pediatric otorhinolaryngology*,77(5), 766-769.

# 198. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ GIÁP LƯỠI THỂ ĐÁY LƯỠI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi thể đáy lưỡi là phẫu thuật mở cổ trước lấy bỏ nang rò kèm theo đường rò giáp lưỡi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang giáp lưỡi thể đáy lưỡi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê, phẫu thuật.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có nguy cơ đặt ống nội khí quản khó.
- Trẻ em dưới 3 tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm tại chỗ có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu, chỉ khâu da không tiêu.
- Ống thông mũi dạ dày.
- Bộ nội soi thanh quản – hạ họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Máy hút.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dao hàn mạch nếu có.
- Bộ dao siêu âm nếu có.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.
- Tiêm tại chỗ bằng thuốc có thành phần co mạch.

**6.1. Bước 1**

Rạch da và tổ chức dưới da ngang mức xương móng.

**6.2. Bước 2: Cắt thân xương móng.**

- Bóc tách vạt da, mở đường giữa, giải phóng các cơ trên và dưới móng khỏi thân xương móng.
- Cắt thân xương móng.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt bỏ nang đáy lưỡi.**

- Bộc lộ nang tại vùng đáy lưỡi, bóc tách theo vỏ nang, cố gắng bảo tồn niêm mạc đáy lưỡi.
- Khâu phục hồi niêm mạc đáy lưỡi, hạ họng nếu có thủng

**6.4. Bước 4**

- Kiểm tra cầm máu hốc mổ.

**6.5. Bước 5**

- Đặt dẫn lưu kín và khâu đóng hốc mổ theo lớp giải phẫu, băng vết mổ.

**6.6. Bước 6**

- Đặt ống thông mũi dạ dày nuôi dưỡng nếu cần.

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Ban giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.
- Nếu có thủng hạ họng hoặc nghi ngờ còn sót nang rò thì tiến hành phẫu thuật nội soi hạ họng thanh quản kiểm tra (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy vị trí và mức độ.
- Tổn thương vào vùng họng hạ họng trong mổ: khâu đóng vị trí tổn thương, xét đặt sonde dạ dày.
- Nhiễm trùng vết mổ: đảm bảo kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn trước và sau mổ. Nếu nhiễm trùng rõ, có thể lấy mủ nuôi cấy làm kháng sinh đồ, chăm sóc đánh giá vết mổ hàng ngày, có thể cắt chỉ cách quãng.
- Tổn thương thần kinh: xứ trí tùy vị trí và mức độ tổn thương.

### 7.2. Sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Khó thở do phù nề hạ họng: xử trí cho thở ôxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.
- Rò ống họng sau mổ: băng ép, đặt sonde dạ dày, hoặc mở hốc mổ khâu hạ họng.
- Tụ dịch hốc mổ: băng ép hoặc mở hốc mổ dẫn lưu dịch.
- Nhiễm trùng vết mổ: đảm bảo kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn trước & sau mổ. Nếu nhiễm trùng rõ, có thể lấy mủ nuôi cấy làm kháng sinh đồ, chăm sóc đánh giá vết mổ hàng ngày, có thể cắt chỉ cách quãng.

### 7.3. Di chứng sau mổ

Sẹo xấu, sẹo lồi vết mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goldsztein H, Khan A, Pereira KD(2009). Thyroglossal duct cyst excision - The Sistrunk procedure. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 20 (4), 256-259.
2. Righini CA, Hitte A, Reyt E. (2016). Thyroglossal duct surgery. Sistrunk procedure. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*. 133 (2), 133-136.
3. Gioacchini FM, Alicandri-Ciufelli M et al (2015). Clinical presentation and treatment outcome of thyroglossal duct cysts: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 44(1),119-126.

# 199. PHẪU THUẬT LẤY NANG RÒ GIÁP LƯỠI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy nang rò giáp lưỡi là phẫu thuật lấy bỏ nang, đường rò giáp lưỡi cùng một phần xương móng để điều trị tình trạng viêm, chảy dịch, biến dạng vùng cổ do nang đường rò gây ra.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Nang, rò giáp lưỡi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối: có tình trạng viêm nhiễm cấp tính đường rò.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: rối loạn đông máu, hen phế quản, bệnh lý tim mạch).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu kín (nếu cần).
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm vùng đầu mặt cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch tại chỗ (nếu cần).

### 6.1. Bước 1

- Rạch da quanh lỗ rò theo hình múi cam hoặc rạch da theo nếp lằn cổ tương ứng vị trí nang.

### 6.2. Bước 2

- Bóc tách lên trên xuống dưới theo bình diện dưới cơ bám da cổ, bóc tách sát theo bình diện đường rò (nang). Bộc lộ thân xương móng.

### 6.3. Bước 3

- Cắt thân xương móng cùng đường rò.

### 6.4. Bước 4

- Kẹp, cắt và thắt đường rò vị trí trên xương móng, sát vị trí đỉnh của V lưỡi, khâu vùi đáy đường rò.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.5. Bước 5

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra cầm máu hốc mổ, đặt dẫn lưu nếu cần.

### 6.6. Bước 6

- Khâu phục hồi theo các bình diện giải phẫu.
- Băng vết mổ.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong mổ: xử trí tùy mức độ.
- Thủng vào hạ họng: khâu phục hồi, có thể phải đặt ống thông dạ dày.
- Tổn thương dây XII: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ: chọc hút và băng ép, trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Rò hạ họng: khâu phục hồi, có thể phải đặt xông mũi dạ dày.
- Nhiễm trùng vết mổ. xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.

### 7.3. Di chứng

- Sẹo xấu, sẹo lồi vùng cổ: xử trí tùy mức độ.
- Rối loạn nuốt: xử trí tùy mức độ.
- Tê bì vùng rạch da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ralph F.W, William P.P, Paul W.F, Bruce H.H., Valerie J.L et al (2010). Differential diagnosis of neck masses.*Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed., Vol.2, 198, p 2812 – 2815.
2. Fiona B.M, John M.G, Glenis K.S, Peter D.B (2007). Congenital cysts, sinuses and fistulae. *Pediatric ENT*, Springer, Verlag Berlin Heildelberg, 19, p 173 – 174.
3. Mark A.R, Charles D.B, Richard M.R, Richard M.R (2002). Congenital malformations of the neck. *Surgical atlas of pediatric otolaryngology*, BC Decker Inc, London, 22, p 491- 495.

# 200. PHẪU THUẬT CẮT KÉN HƠI THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị thanh quản được chia làm 3 loại: thoát vị nội thanh quản, thoát vị ngoại thanh quản và thoát vị thanh quản hỗn hợp.

Là phẫu thuật lấy thoát vị thanh quản qua đường ngoài.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Thoát vị ngoại thanh quản hoặc thoát vị thanh quản hỗn hợp có triệu chứng (ví dụ: khàn tiếng, khó thở, khối vùng cổ).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân chống chỉ định gây mê.

## 4. THẬN TRỌNG

Các bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Lưỡi dao phẫu thuật, chỉ khâu.
- Bộ dẫn lưu vùng cổ.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thanh quản.
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.7. Thời gian thực hiện phẫu thuật:** Khoảng 02 - 03 giờ.

**5.8.Địa điểm thực hiện:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai, đầu nghiêng về bên lành.

**6.1. Bước 1: Đánh giá tổn thương tại thanh quản**

- Đặt ống soi thanh quản trực tiếp đánh giá thanh quản.

**6.2. Bước 2: Gây tê, rạch da**

- Đường ngang cổ theo nếp lằn cổ trên.

**6.3. Bước 3: Bộc lộ thoát vị thanh quản**

*a) Bộc lộ phần ngoài thoát vị:*

- Bóc tách cơ bám da cổ, cơ dưới móng bộc lộ cánh sụn giáp và màng giáp móng bên bệnh tìm khối thoát vị.
- Bóc tách phần ngoài khối thoát vị khỏi tổ chức liên kết xung quanh. Chú ý tránh làm tổn thương nhánh trong của thần kinh thanh quản trên.

*b) Bộc lộ phần trong thoát vị:*

- Cắt màng sụn giáp mặt ngoài tại bờ trên cánh sụn giáp đi vào mặt trong cánh sụn giáp.
- Bóc tách phần trong khối thoát vị thanh quản cho đến điểm kết thúc tại băng thanh thất.
- Trong những trường hợp khó có thể cắt bỏ một phần cánh sụn giáp hình chữ V ở bờ trên sụn giáp.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ thoát vị thanh quản**

- Cắt bỏ thoát vị kèm một phần niêm mạc băng thanh thất. Khâu mũi chữ X đóng niêm mạc băng thanh thất.
- Lấy bệnh phẩm cho vào dung dịch cố định bệnh phẩm.

**6.5. Bước 5: Kiểm tra cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu hố mổ bằng dao điện lưỡng cực (nếu cần).
- Đặt dẫn lưu hố mổ.
- Khâu phục đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

### 6.6. Bước 6: Đánh giá thông thoáng đường thở sau phẫu thuật

- Đặt ống soi thanh quản đánh giá sự thông thoáng của đường thở.
- Nếu đường thở hẹp xử trí tùy mức độ hẹp, có thể mở khí quản nếu cần (tiến hành theo quy trình riêng).

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện quy trình.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

Chảy máu: tiến hành cầm máu.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Khó thở: do phù nề thanh quản: xử trí theo các mức độ khó thở.
- Chảy máu hốc mổ: xử trí theo mức độ.
- Tái phát do lấy không hết khối thoát vị: lấy một phần niêm mạc băng thanh thất quanh điểm kết thúc của khối thoát vị.
- Tổn thương nhánh trong thần kinh thanh quản trên gây khó nuốt hoặc nuốt sặc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Myers E N. (2017). Excision of Laryngocele, *Operative otolaryngology – Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, Philadenphia,1, chapter 7, 454-460.
2. Rosen C.A., Simpson C.B (2008). Excision of Combined Laryngocele, *Operative Techniques in Laryngology*, first edition, Springer, Berlin, chapter 43, 273-277.
3. Villari C.R, Statham M.M (2014). Infection, Infiltration, and Benign Neoplasms of the Larynx, *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology*, fifth edition, Lippincott WW, Philadelphia,1, chapter 67, 985-987.

# 201. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MÁU HẠ HỌNG - THANH QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi cắt u máu hạ họng - thanh quản là phẫu thuật lấy bỏ khối u máu vùng hạ họng thanh quản qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U máu hạ họng - thanh quản còn khu trú.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bất thường vùng hàm mặt, cột sống khó bộc lộ tổn thương qua đường nội soi (ví dụ: dị tật hàm mặt, gù vẹo cột sống).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Người bệnh có răng giả, răng bọc, răng yếu cần giải thích nguy cơ gãy răng, mẻ răng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ soi treo hạ họng thanh quản.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dao siêu âm.
- Hệ thống laser nếu có.

- Bộ dao hàn mạch nếu có.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa, gối đầu tròn, có thể kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Đặt càng soi treo**

- Dùng bộ soi treo hạ họng - thanh quản bộc lộ rõ vùng hạ họng thanh quản có khối u.

**6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương**

- Sau khi bộc lộ rõ toàn bộ vùng tổn thương, tiến hành quan sát đánh giá vị trí khối u mức độ xâm lấn khối u với các cấu trúc giải phẫu lân cận.

**6.3. Bước 3**: **Cắt u**

- Quan sát dưới nội soi hoặc kính hiển vi phẫu thuật đánh giá tổn thương, sử dụng các phương tiện (ví dụ dao siêu âm, laser) lấy bỏ toàn bộ khối u theo bình diện. Lưu ý bảo tồn các cấu trúc dễ gây sẹo hẹp ví dụ miệng thực quản, hạ thanh môn.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4**

- Kiểm tra và cầm máu bằng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

* Nếu có nguy cơ chảy máu, khó thở có thể mở khí quản, đặt ống mở khí quản có bóng chèn theo quy trình mở khí quản.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau phẫu thuật. xử trí tùy mức độ.
- Khó thở do phù nề hạ họng. xử trí: cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mở khí quản.
- Nhiễm khuẩn: lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, lựa chọn điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.
- Sẹo hẹp thanh quản.
- Sẹo hẹp vùng hạ họng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Johnson JT, Rosen CA. (2014). Vascular Tumors of the Head and Neck.*Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology*. Wolters Kluwer Health, 1999-2022.
2. Flint PW, Haughey BH, Robbins KT, et al. (2014) Vascular Anomalies of the Head and Neck, *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery E-Book*. Elsevier Health Sciences, 3002-3019.
3. Andrew MH, Ali RS, Jayson F, etal. (2016). Hypopharyngeal venous malformation presenting with foreign body sensation and dysphagia. *American journal of otolaryngology*. 37(1).
4. Hirai R, Makiyama K, Kishi H, Takane T, et al (2011). Direct Laryngoscopic Surgery for Laryngeal Vascular Malformations. *Koutou (The larynx Japan)*, 23(2):97-100.

# 202. PHẪU THUẬT CẮT THÙY NÔNG TUYẾN MANG TAI-BẢO TỒN DÂY VII

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ phần tuyến nước bọt mang tai nằm bên ngoài dây VII, có bảo tồn các nhánh của dây VII.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- U hỗn hợp thùy nông tuyến mang tai.
- U nang thùy nông tuyến mang tai.
- Viêm tuyến nước bọt mang tai tái phát hoặc viêm do sỏi điều trị nội khoa không giảm.
- Viêm tuyến phì đại làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ.
- Rò khe mang I có đường rò chạy vào phần thùy nông tuyến mang tai.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khối u ác tính đã lan rộng vào thùy sâu tuyến mang tai.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, hen phế quản) chưa kiểm soát được.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.

### 5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.

- Bộ dẫn lưu kín.

**5.5. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.6. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu nghiêng sang bên không phẫu thuật, bộc lộ vùng tai, cổ, tuyến mang tai, góc ngoài mắt và miệng cùng bên.
- Gây tê tại chỗ.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da theo đường đi từ phía trước vành tai ngang mức bình tai, vòng qua dái tai ra sau đến mỏm chũm, vòng theo góc hàm xuống cổ theo đường ngang dưới bờ hàm dưới 2 khoát ngón tay.
- Có thể rạch da thẩm mỹ phía trước giống đường cổ điển, phía sau từ mỏm chũm ra sau đến đường chân tóc.

**6.2. Bước 2: Bóc tách vạt da**

- Bóc tách vạt da phía trước theo bình diệnmặt ngoài tuyếnđến bờ trước của tuyến, tiếp giáp với cân bọc cơ cắn, vạt da phía sau được bộc lộ khỏi tuyến (khi bóc tách vạt da chú ý bóc tách và bảo tồn dây thần kinh tai lớn).

**6.3. Bước 3**

- Tách bờ sau tuyến ra khỏi cơ ức đòn chũm, sụn ống tai ngoài, tìm thân dây VII ở chỗ thoát ra khỏi lỗ châm chũm (tìm xuôi dòng) với các mốc bụng sau cơ nhị thân, sụn chỉ điểm (pointer), mỏm chũm, hoặc tìm thân dây VII ngược dòng từ các nhánh.

**6.4. Bước 4**

- Tách tổ chức tuyến dọc theo đường đi của các nhánh dây VII, lấy đi toàn bộ phần thuỳ nông nằm ngoài các nhánh, có bảo tồn các nhánh của dây VII.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5**

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu kín, khâu hốc mổ hai lớp, băng vết khâu.

**6.6. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu trong mổ: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương đứt dây tai lớn, các nhánh dây VII: khâu nối thần kinh ngay nếu điều kiện cho phép.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Tụ máu, tụ dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ thì chọc hút và băng ép, trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng nóng đỏ đau tăng lên kèm chảy mủ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.
- Liệt mặt sau phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Hội chứng Frey: dùng vạt cân cơ ức đòn chũm che phủ hốc mổ ngay khi phẫu thuật, tiêm độc tố botulinum.
- Rò tuyến nước bọt: xử trí tùy theo mức độ.
- Liệt mặt: khâu nối hoặc ghép thần kinh.
- Sẹo lồi, sẹo xấu: xử trí tùy theo mức độ.
- Mất cân đối vùng mặt: xử trí tùy theo mức độ.
-

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gabriel G.C, Ehab Y.H, Paul W.F, Bruce H.H, Valerie J.L, et al (2010). Benign neoplasms of the salivary glands.. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed, Vol.2, 87, p1162-1177.
2. Lisa G, Myers E.N, Snyderman C.H (2017). Superficial Parotidectomy. *Operative otolaryngology - Headand neck surgery*, Elsevier, Philadelphia, 3th ed, Vol.1,Section 12,92, p2100-2116.
3. Bộ Y tế, (2012). Phẫu thuật cắt bỏ thùy nông tuyến mang tai bảo tồn dây VII. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng. NXB Y học, Hà Nội. tr318-319.

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

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. CHỈ ĐỊNH

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

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, hen phế quản…) chưa kiểm soát được.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm và dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dẫn lưu kín.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu nghiêng sang bên không phẫu thuật, bộc lộ vùng tai, cổ, tuyến mang tai, góc ngoài mắt và miệng cùng bên.
- Gây tê tại chỗ.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da theo đường đi từ phía trước vành tai ngang mức bình tai, vòng qua dái tai ra sau đến mỏm chũm, vòng theo góc hàm xuống cổ theo đường ngang dưới bờ hàm dưới 2 khoát ngón tay.
- Có thể rạch da thẩm mỹ phía trước giống đường cổ điển, phía sau từ mỏm chũm ra sau đến đường chân tóc.

**6.2. Bước 2: Bóc tách vạt da**

- Bóc tách vạt da phía trước theo bình diện ngoài bao tuyến đến bờ trước của tuyến tiếp giáp với cân cơ cắn, vạt da phía sau được bộc lộ khỏi tuyến (khi bóc tách vạt da chú ý bảo tồn dây thần kinh tai lớn).

**6.3. Bước 3**

- Tách bờ sau tuyến ra khỏi cơ ức đòn chũm, sụn ống tai ngoài, tìm thân dây VII ở chỗ thoát ra khỏi lỗ châm chũm (tìm xuôi dòng) với các mốc bụng sau cơ nhị thân, sụn chỉ điểm (pointer), mỏm chũm, hoặc tìm thân dây VII ngược dòng từ các nhánh.

**6.4. Bước 4**

- Tách tổ chức tuyến dọc theo đường đi của các nhánh dây VII, lấy đi toàn bộ phần thuỳ nông nằm ngoài các nhánh.

**6.5. Bước 5**

- Bóc tách thùy sâu tuyến mang tai ra khỏi các nhánh dây VII và cắt toàn bộ thùy sâu.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6**

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu kín, khâu hốc mổ hai lớp, băng vết khâu.

### 6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu trong mổ: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương đứt dây tai lớn, đứt dây VII phát hiện trong lúc phẫu thuật, hoặc do u xâm lấn vào dây VII phải cắt bỏ đoạn xâm lấn: khâu nối hoặc ghép thần kinh ngay nếu điều kiện cho phép.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Tụ máu, dịch hốc mổ: trường hợp nhẹ: chọc hút và băng ép, trường hợp tụ máu tăng nhanh cần mở hốc mổ kiểm tra cầm máu.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng nóng đỏ đau tăng lên kèm chảy mủ. Xử trí: cắt chỉ cách quãng, cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh, có thể mở lại, làm sạch hốc mổ.
- Liệt mặt sau phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò nước bọt: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Hội chứng Frey: dùng vạt cân cơ ức đòn chũm che phủ hốc mổ ngay khi phẫu thuật, tiêm độc tố botulinum.
- Rò nước bọt: xử trí tùy theo mức độ.
- Liệt mặt: khâu nối hoặc ghép thần kinh.
- Sẹo lồi, sẹo xấu: xử trí tùy theo mức độ.
- Mất cân đối vùng mặt: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gabriel G.C, Ehab Y.H, Paul W.F, Bruce H.H, Valerie J.L, et al (2010). Benign neoplasms of the salivary glands. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed, Vol.2, 87, p1162-1177.
2. John B.S, James S.L, Jonathan M, Sunitha S, (2010). Malignant neoplasms of the salivary glands. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, Mosby Elsevier, Philadelphia, 5th ed, Vol.2, 88, p1178-1199.
3. Lisa G,Myers E.N, Snyderman C.H(2017). Superficial Parotidectomy. *Operative otolaryngology - Headand neck surgery*, Elsevier, Philadelphia, 3th ed, Vol.1,Section

12,92, p2100-2116.

4. Andrew T, Seungwon K, Myers E.N, Snyderman C.H (2017) Deep Lope Parotidectomy. *Operative otolaryngology - Headand neck surgery*, Elsevier, Philadelphia, 3th ed, Vol.1,Section 12,93, p2107-2135.
5. Bộ Y tế, (2012). Phẫu thuật cắt tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây VII. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng. NXB Y học, Hà Nội, tr320-322.

# 204. PHẪU THUẬT MỞ CỔ BÊN LẤY TỔN THƯƠNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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.

## 2. 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 ổ áp xe.
- Viêm tấy tổ chức liên kết vùng cổ.
- Chấn thương gây thủng thực quản.
- Dị vật thực quản cổ quá to, không lấy được bằng đường tự nhiên.
- Mở cổ bên để cắt bỏ túi thừa thực quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định như: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Dẫn lưu kín.
- Chỉ phẫu thuật, vật liệu cầm máu tự tiêu nếu cần.
- Băng gạc.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.
- Cần chuẩn bị sẵn kẹp cầm máu và bộ dụng cụ mạch máu dự phòng trong trường hợp tổn thương mạch máu lớn.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật; nếu khó thở có thể phải mở khí quản trước.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê toàn thân.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ ngửa tối đa, mặt quay về bên không phẫu thuật. Có thể đặt một ống thông thực quản để khi mổ dễ nhận biết.

### 6.1. Bước 1: Rạch da

- Gây tê tại chỗ theo đường rạch da.
- Rạch da khoảng 10 cm, dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, bắt đầu từ bờ trên sụn giáp đến trên khớp ức đòn 1cm, 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.

### 6.2. Bước 2: Bộc lộ phẫu trường

- 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 mở vỏ bọc của ổ áp xe, mủ trào ra: đến cân cổ sâu, bó mạch, thần kinh, kéo bó mạch ra ngoài.
- Buộc các mạch giáp và cắt (tĩnh mạch giáp giữa, động mạch giáp dưới – thắt xa tuyến giáp để tránh thần kinh thanh quản quặt ngược): sờ thấy đốt sống cổ, khí quản và thực quản.

### 6.3. Bước 3: Rạch thực quản

- Chỉ rạch thực quản khi dị vật to quá không lấy bằng đường tự nhiên được: rạch thực quản xa dây quặt ngược (tức là rạch ở mặt sau thực quản gần cạnh bên trái).
- Dùng kìm lấy dị vật.

### 6.4. Bước 4: 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 mủ thì không khâu, để khâu thì hai. Đặt hút rửa liên tục nếu nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng sâu, có nhiều mủ và tổ chức hoại tử.

- Đặt bấc kháng sinh hốc mổ để dẫn lưu.
- Đặt ống thông thực quản cho người bệnh sau mổ.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương thần kinh: dùng thuốc chống viêm, tăng phục hồi thần kinh, nối dây thần kinh nếu đứt. Điều trị triệu chứng theo từng trường hợp.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng hốc mổ: thay băng hàng ngày, cắt chỉ cách quãng, kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Viêm trung thất do ổ mủ từ cổ tràn xuống: kháng sinh, dẫn lưu trung thất, hút rửa liên tục.
- Viêm màng phổi mủ: chọc dẫn lưu màng phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012) Chương II: Lĩnh vực cấp cứu, phẫu thuật mở cạnh cổ, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, trang 132-134.
2. James I. Cohen(2011) Drainage of deep space neck infections. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p121-130.
3. Behrad B.A, Har-El G (2014). Deep Neck Infections. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology*5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia,1, p794-814.

# 205. PHẪU THUẬT LẤY KHỐI U KHOẢNG BÊN HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khối u khoảng bên họng là phẫu thuật cắt bỏ khối u khoảng bên họng, phục hồi lại cấu trúc giải phẫu của nó.

Có nhiều đường vào khoảng bên họng như đường cổ bên, đường họng miệng, đường qua tuyến mang tai, đường qua xương hàm dưới. Trên lâm sàng, đường vào được áp dụng nhiều nhất và có thể bộc lộ để cắt bỏ triệt để khối u ở khoảng bên họng là đường cổ bên (Sebileau– Carrega). Chính vì vậy, bài viết sẽ đề cập về phương pháp mổ theo đường cổ bên.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u khoảng bên họng:
- Lành tính (ví dụ: u thùy sâu tuyến mang tai, u xơ thần kinh, u nang, u cuộn cảnh).
- Ác tính (ví dụ: ung thư biểu mô, ung thư mô liên kết).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u xâm lấn bó mạch cảnh, nền sọ, lỗ rách sau.
- Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc, bấc.
- Kim chỉ khâu các loại.
- Dẫn lưu kín, vật liệu cầm máu tự tiêu (nếu cần).
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bút vẽ đánh dấu.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy hút.
- Dao hàn mạch nếu cần.
- Cần chuẩn bị sẵn kẹp cầm máu và bộ dụng cụ mạch máu dự phòng trong trường hợp tổn thương mạch máu lớn.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ ngửa tối đa, mặt quay về bên không phẫu thuật.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Gây tê tại chỗ theo đường rạch da.
- Rạch da theo đường ngang cổ, cách bờ hàm dưới khoảng 2cm, đường mổ có thể mở rộng lên trên hoặc xuống dưới trong một số trường hợp. Rạch qua tổ chức dưới da, cơ bám da cổ.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ phẫu trường**

- Bóc tách cân cổ nông và cân cổ giữa dọc theo đường rạch da để vào máng cảnh, chú ý buộc và thắt các nhánh của hệ tĩnh mạch cảnh ngoài. Có thể cắt cơ hai bụng nếu cần.
- Bóc tách và kéo tuyến dưới hàm ra trước hoặc cắt bỏ tuyến dưới hàm.

**6.3. Bước 3: Bóc tách khối u**

- Bóc tách, bộc lộ bao khối u, giải phóng khối u khỏi tổ chức xung quanh, tránh làm tổn thương bao khối u, chú ý cầm máu tốt mạch nuôi dưỡng vỏ bao khối u.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.4. Bước 4: Kiểm tra hốc mổ và khâu đóng hốc mổ**

- Kiểm tra cầm máu hốc mổ, đặt vật liệu cầm máu tự tiêu nếu cần, đặt dẫn lưu kín.

- Khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu. Băng vết mổ.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương thần kinh VII, IX, X, XI, XII: dùng thuốc chống viêm, tăng phục hồi thần kinh, nối dây thần kinh nếu đứt. Điều trị triệu chứng theo từng trường hợp.
- Rò dịch não tủy: gặp khi khối u lan vào nền sọ, thao tác phẫu thuật làm tổn thương vùng nền sọ. Xử trí: phẫu thuật bít lấp khuyết hở nền sọ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng hốc mổ: thay băng hàng ngày, cắt chỉ cách quãng, kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Rò nước bọt: điều trị bảo tồn với băng ép vết mổ. Phẫu thuật có thể được chỉ định trong những trường hợp rò nước bọt dai dẳng, không đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Tổn thương thần kinh VII, IX, X, XI, XII.
- Hội chứng miếng cắn đầu (First bite syndrome): thường gặp trong phẫu thuật u khoang trước trâm. Nguyên nhân chưa rõ ràng, nhiều nghiên cứu ủng hộ nguyên nhân do tổn thương thần kinh giao cảm tuyến mang tai. Xử trí: điều trị nội khoa ít có hiệu quả. Phẫu thuật cắt đám rối thần kinh Jacobson trong hòm nhĩ.

### 7.3. Di chứng

Các triệu chứng của tổn thương vĩnh viễn các dây thần bị tổn thương: VII, IX, X, XI, XII. Xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eugene N.M, Jonas T.J (2008). Management of Tumors of the Parapharyngeal Space. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 842-846.
2. Bộ Y tế (2012). Lĩnh vực họng-thanh quản. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng*, nhà xuất bản y học, Hà Nội,287-290.
3. Jatin P.S, Milind V.K (2013). Parapharyngeal space tumors. *Atlas of operative Otorhinolaryngology and Head & Neck Surgery*, Jaypee Brothers Medical, New Delhi ,5, 1500-1513.

# 206. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U THÀNH BÊN HỌNG LAN LÊN ĐÁY SỌ CÓ KIỂM SOÁT BẰNG KÍNH HIỂN VI VÀ NỘI SOI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khối u khoảng bên họng lan lên đáy sọ có kiểm soát bằng kính hiển vi phẫu thuật và nội soi là phẫu thuật cắt bỏ khối u khoảng bên họng, phục hồi lại cấu trúc giải phẫu của nó, có sử dụng nội soi và kính hiển vi phẫu thuật để bóc tách khối u khỏi các cấu trúc nguy hiểm như mạch máu, thần kinh vùng cổ và nền sọ.

Có nhiều đường vào khoảng bên họng như đường cổ bên, đường họng miệng, đường qua tuyến mang tai, đường qua xương hàm dưới. Trên lâm sàng, đường vào được áp dụng nhiều nhất và có thể bộc lộ để cắt bỏ triệt để khối u ở khoảng bên họng là đường cổ bên (Sebileau– Carrega). Chính vì vậy, bài viết sẽ đề cập về phương pháp mổ theo đường cổ bên.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Các khốiu khoảng bên họng:
- Lành tính (ví dụ: u thùy sâu tuyến mang tai, u xơ thần kinh, u nang, u cuộn cảnh).
- Ác tính (ví dụ: ung thư biểu mô, ung thư mô liên kết).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u xâm lấn bó mạch cảnh, nền sọ, lỗ rách sau.
- Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc, bấc.
- Kim chỉ khâu các loại.
- Dẫn lưu kín, vật liệu cầm máu tự tiêu (nếu cần).
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.

- Dung dịch sát khuẩn povidone – iodine.
- Bút vẽ đánh dấu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Máy hút.
- Kính hiển vi phẫu thuật tai mũi họng.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Dao hàn mạch nếu cần.
- Cần chuẩn bị sẵn kẹp cầm máu và bộ dụng cụ mạch máu dự phòng trong trường hợp tổn thương mạch máu lớn.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ ngửa tối đa, mặt quay về bên không phẫu thuật.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Gây tê tại chỗ theo đường rạch da.
- Rạch da theo đường Sébileau- Carrega, vòng cung song song với bờ xương hàm dưới cách khoảng 2cm, vòng lên theo bờ trước cơ ức đòn chũm.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ phẫu trường**

- Bóc tách cân cổ nông và cân cổ giữa dọc theo đường rạch da để vào máng cảnh, chú ý buộc và thắt các nhánh của hệ tĩnh mạch cảnh ngoài.
- Tìm và thắt tĩnh mạch mặt. Cắt bỏ tuyến dưới hàm, thắt và cắt bỏ ống tuyến. Cắt cơ hai bụng để mở rộng đường vào cực dưới khoảng bên họng.

### 6.3. Bước 3: Bóc tách khối u

- Bóc tách dọc theo tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài lên tới đáy sọ, chú ý bảo tồn dây thần kinh X, XII. Quá trình bóc tách sử dụng nội soi và/hoặc kính hiển vi phẫu thuật để tránh làm tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Bộc lộ bao khối u, cầm máu tốt mạch nuôi dưỡng vỏ bao. Chú ý dùng kính hiển vi phẫu thuật và/hoặc nội soi bóc tách cực trên vì khối u thường dính cân, màng xương đáy sọ hoặc bám sát động mạch cảnh. Có thể dùng tay hoặc dụng cụ đầu tù để bóc tách khối u, tránh làm rách niêm mạc họng, làm thủng vào ống họng.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.4. Bước 4: Kiểm tra hốc mổ và khâu đóng hốc mổ

- Kiểm tra cầm máu hốc mổ, đặt vật liệu cầm máu tự tiêu nếu cần, đặt dẫn lưu kín.
- Khâu lại cơ 2 bụng, khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu. Băng vết mổ.

### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương thần kinh VII, IX, X, XI, XII: dùng thuốc chống viêm, tăng phục hồi thần kinh, nối dây thần kinh nếu đứt. Điều trị triệu chứng theo từng trường hợp.
- Rò dịch não tủy: Gặp khi khối u lan vào nền sọ, thao tác phẫu thuật làm tổn thương vùng nền sọ. Xử trí: Phẫu thuật bít lấp khuyết hở nền sọ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng hốc mổ: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ cách quãng, kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Rò nước bọt: điều trị bảo tồn với băng ép vết mổ. Phẫu thuật có thể được chỉ định trong những trường hợp rò nước bọt dai dẳng, không đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Tổn thương thần kinh VII, IX, X, XI, XII.
- Hội chứng miếng cắn đầu (First bite syndrome): Thường gặp trong phẫu thuật u khoang trước trâm. Nguyên nhân chưa rõ ràng, nhiều nghiên cứu ủng hộ nguyên nhân do tổn thương thần kinh giao cảm tuyến mang tai. Xử trí: điều trị nội khoa ít có hiệu quả. Phẫu thuật cắt đám rối thần kinh Jacobson trong hòm nhĩ.

**7.3. Di chứng:** Các triệu chứng của tổn thương vĩnh viễn các dây thần bị tổn thương: VII, IX, X, XI, XII. Xử trí tùy mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eugene N.M and Jonas T.J (2008). Management of Tumors of the Parapharyngeal

Space. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 842-846.

2. Bộ Y tế (2012). Lĩnh vực họng-thanh quản. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tai mũi họng*, nhà xuất bản y học, Hà Nội,287-290.
3. Jatin P.S and Milind V.K (2013). Parapharyngeal space tumors. *Atlas of operative Otorhinolaryngology and Head & Neck Surgery*, Jaypee Brothers Medical, New Delhi ,5, 1500-1513.

# 207. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG XÂM LẤN NỀN SỌ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi lấy bỏ khối u mũi xoang xâm lấn nền sọ có sử dụng hệ thống định vị, hay gặp ở tầng sọ trước.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Khối u lành tính hoặc ác tính của hốc mũi, các xoang cạnh mũi có xâm lấn nền sọ.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xâm lấn nhu mô não, u xâm lấn da và ổ mắt 2 bên.
- Không có khả năng tái tạo lại nền sọ do phẫu thuật trước đó, tia xạ, kích thước lỗ khuyết.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, bấc mũi.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tiêu.
- Dung dịch sát khuẩn (ví dụ: cồn, povidone-iodine).
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dao mổ điện.
- Máy cắt hút liên tục.
- Bộ khoan tai mũi họng.

- Hệ thống máy định vị tai mũi họng.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 4 – 5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật :** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.
- Lắp đặt và cài hệ thống máy định vị.

**6.1. Bước 1**

- Đánh giá tổn thương: đặt co mạch hốc mũi – quan sát khối u thăm dò tổn thương.

**6.2. Bước 2**

- Lấy bỏ khối u bằng Hệ thống cắt - hút nội soi. Mục tiêu là phải xác định được vị trí chân bám khối u ở nền sọ.

**6.3. Bước 3**

- Mở rộng toàn bộ xoang sàng, hàm, trán (kỹ thuật Lothrop cải biên).
- Cắt cuốn giữa.

**6.4. Bước 4**

- Xác định ranh giới khối u với vách ngăn mũi , nền sọ trước và nền sọ sau, và thành trong ổ mắt 2 bên.

**6.5. Bước 5**

- Lấy bỏ nền sọ trước và khối u bằng khoan, cách phía trước và sau bờ khối u khoảng 1cm. Thường khoan từ phía sau ngách trán đến hết trần sàng sau, từ thành trong ổ mắt bên này đến thành trong ổ mắt bên đối diện nếu u xâm lấn đường giữa.
- Nếu u xâm lấn đường giữa sang bên đối diện thì lấy bỏ vách ngăn và phần trên của xương sàng.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.5. Bước 5**

- Bộc lộ màng não cứng, đông điện lưỡng cực và cắt bỏ màng não cứng.

### 6.6. Bước 6

- Tạo hình khuyết hổng nền sọ (theo quy trình riêng).

### 6.7. Bước 7

- Đặt vật liệu cầm máu.

### 6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: bít lấp lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Tai biến ổ mắt: xử trí tùy theo tổn thương.
- Chảy máu nội sọ: hội chẩn chuyên khoa thần kinh.
- Tụt kẹt não, tử vong.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: bít lấp lỗ rò (theo quy trình riêng).
- Viêm màng não: điều trị nội khoa.
- Tụ khí nội sọ: kháng sinh, phẫu thuật bít lấp chỗ khuyết.

### 7.3. Di chứng

- Giảm mất khứu giác.
- Dính niêm mạc hốc mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. James N.P and Alexander C (2018). Endoscopic Craniofacial resection.*Atlas of endoscopic sinus and skull base surgery*, second edition, Elsevier, 211 – 222.
2. Daniel S (2013). Transnasal surgical approaches to the skull base.*Manual of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, second edition, Thieme, 388 – 399.
3. Myers EN (2017). Transcranial and Endonasal Approaches to the Anterior Cranial Base.*Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier, 2, 2651 - 2678.

# 208. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG HỐ YÊN SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở xoang bướm qua lỗ thông tự nhiên, bộc lộ sàn hố yên và lấy khối u vùng hố yên qua xoang bướm, có sử dụng hệ thống định vị.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u vùng hố yên có kích thước lớn chèn ép cơ quan lân cận. Các khối u có thể bao gồm u tuyến yên, u sọ hầu, nang Rathke, u màng não vùng hố yên.
- U tuyến yên tăng tiết gây rối loạn nội tiết.
- U vùng hố yên điều trị nội hoặc xạ trị thất bại.
- U vùng hố yên có chảy máu hoặc hoại tử u.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Xoang bướm thiểu sản.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý nội khoa chưa ổn định (ví dụ: suy thận, xơ gan, suy tim, các bệnh lý về máu).
- Có bệnh lý viêm mũi xoang tiến triển.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, mũ, khẩu trang.
- Gạc, bấc mũi.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu vá khuyết nền sọ, keo sinh học.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật u tuyến yên.

- Hệ thống cắt - hút nội soi.
- Bộ dao mổ điện.
- Khoan kim cương có tay dài chuyên dụng qua mũi.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 - 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 – 30 độ.

**6.1. Bước 1: Cài đặt hệ thống định vị**

- Cài đặt hệ thống định vị và kiểm tra sự chính xác của hệ thống định vị.

**6.2. Bước 2: Đặt thuốc co mạch và tiêm tê**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Tiêm tê các điểm: chân bám cuốn giữa, mỏm móc, vùng lỗ bướm khẩu cái, có thể tiến hành tiêm tại vị trí lỗ khẩu cái lớn ở miệng.

**6.3. Bước 3: Xác định lỗ thông tự nhiên xoang bướm**

- Bẻ cuốn giữa và cuốn trên ra ngoài. Có thể cắt một phần cuốn giữa, cuốn trên (nếu cần).
- Bộc lộ rộng rãi khe bướm sàng và mặt trước xoang bướm.
- Xác định lỗ thông tự nhiên, kiểm tra lỗ thông xoang bướm bằng dụng cụ có cài định vị.

**6.4. Bước 4: Mở xoang bướm qua lỗ thông tự nhiên**

- Mở rộng lỗ thông xoang bướm, bảo tồn nhánh động mạch cấp máu cho vạt niêm mạc vách ngăn có thể dùng trong tái tạo nền sọ.
- Tạo vạt niêm mạc vách ngăn cùng cuống mạch và đẩy xuống dưới ra cửa mũi sau, tránh làm hẹp phẫu trường.
- Lấy xương phần sau vách ngăn: từ sau ra trước, bộc lộ rộng rãi xoang bướm hai bên.

- Lấy hết xương mặt trước xoang bướm.

**6.5. Bước 5: Bộc lộ sàn hố yên**

- Lấy vách liên xoang bướm.
- Dùng đông điện đốt niêm mạc trần xoang bướm bộc lộ sàn hố yên.
- Xác định vị trí sàn hố yên với hỗ trợ của hệ thống định vị.

**6.6. Bước 6: Mở sàn hố yên**

- Mở rộng sàn hố yên, bộc lộ rộng rãi màng não cứng vùng hố yên.
- Đông điện màng não cứng để hạn chế chảy máu.
- Dùng dao rạch màng não cứng hình chữ thập, hoặc hình vòng.

**6.7. Bước 7: Lấy u vùng hố yên**

- Bóc tách và lấy khối u vùng hố yên.
- Có thể dùng ống nội soi góc quan sát hốc mổ để lấy hết khối u triệt để hơn.
- Trong quá trình lấy u cần kiểm tra bằng các dụng cụ có gắn định vị để đảm bảo lấy tối đa khối u và tránh tổn thương các cấu trúc như hoành yên, động mạch cảnh, thần kinh thị, xoang hang.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.8. Bước 8: Tái tạo sàn hố yên**

- Đặt vật liệu cầm máu tự tiêu vào vùng khuyết xương sàn hố yên, có thể tăng cường bằng mỡ bụng.
- Tái tạo bằng mảnh xương đuôi vách ngăn, mảnh ghép cân cơ đùi, hoặc vạt niêm mạc vách ngăn, cuốn mũi tùy mức độ khuyết nền sọ.
- Nếu có rò dịch não tủy cần vá khuyết nền sọ theo quy trình đóng rò dịch não tủy.
- Bơm keo sinh học cố định các vật liệu tái tạo nền sọ.

**6.9. Bước 9: Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu**

- Đẩy lại cuốn giữa về đường giữa.
- Làm sạch hốc mổ, cầm máu hốc mổ và đặt vật liệu cầm máu nếu cần.

**6.10. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ. Tổn thương mạch máu lớn là tai biến nặng có thể tử vong.
- Rò dịch não tủy: xử trí vá rò dịch não tủy theo quy trình riêng.

- Tổn thương thần kinh thị giác, tổn thương các thần kinh sọ não: thường khó hồi phục.
- Thủng vách ngăn: xử trí nếu tổn thương lớn có thể thực hiện quy trình phẫu thuật đóng lỗ thủng vách ngăn.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm màng não, viêm não: xử trí tùy theo mức độ.
- Giảm mất thị lực, tổn thương các thần kinh sọ não: thường khó hồi phục.
- Thủng vách ngăn: nếu tổn thương lớn có thể thực hiện quy trình phẫu thuật đóng lỗ thủng vách ngăn.

**7.3. Biến chứng muộn**

- Dính cuốn vách ngăn, dính cuốn vào vách mũi xoang: xử trí phẫu thuật tách dính.
- U nhầy xoang: xử trí phẫu thuật dẫn lưu u nhầy.
- Rò dịch não tủy: xử trí tùy mức độ.
- Rối loạn ngửi: điều trị giảm viêm phù nề khe khứu, tách dính nếu có, phối hợp luyện ngửi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephanie A.J (2019). Endoscopic Resection of Pituitary Tumors. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery*, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p245-254.
2. Carl H.S, Ricardo L.C, Amin B.K (2018). Endonasal Approach to the Sella and Parasella Areas. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, third edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, 2, p385-396.
3. Van Furth, W. R., De Vries, F., Lobatto, D. J., et al (2020). Endoscopic surgery for pituitary tumors. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, *49*(3), 487-503.

# 209. PHẪU THUẬT LẤY HỐC MẮT DO UNG THƯ XÂM LẤN CÁC XOANG MẶT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ nhãn cầu và tổ chức hốc mắt khi ung thư mũi xoang có xâm lấn hốc mắt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư mũi xoang xâm lấn hốc mắt.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư mũi xoang giai đoạn muộn (ví dụ:giai đoạn T4b, M1).

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ:Tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Dung dịch sát khuẩn (ví dụ:cồn, povidone-Iodine).
- Bút đánh dấu vô khuẩn hoặc xanh methylen.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu các loại (tự tiêu và không tự tiêu), sáp xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.
- Bộ khoan xương, mũi khoan phá và kim cương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tai mũi họng khi có phối hợp.
- Bộ dao mổ điện.
- Clip mạch máu.
- Dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 – 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Vẽ đường rạch da bằng bút đánh dấu hoặc xanh methylen.
- Tiêm tê thấm có thành phần co mạch.
- Khâu khép mí mắt trên và dưới.
- Rạch da quanh hốc mắt:

+ Nếu u không xâm lấn ra da vùng hốc mắt thì đường rạch da nối tiếp với đường rạch lấy u mũi xoang từ góc trong ổ mắt đi ra ngoài theo bờ dưới ổ mắt cách mí mắt 5mm đến khóe mắt ngoài.
+ Nếu u xâm lấn da ổ mắt thì đường rạch quanh ổ mắt, với vùng rìa u ít nhất 1-2cm.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ mặt trước xương quanh ổ mắt**

Bóc tách da và tổ chức phần mềm trước vách bộc lộ xương bờ ổ mắt:

- Bờ dưới ổ mắt phía ngoài đến cung xương gò má (zygoma).
- Bờ ngoài bộc lộ khớp gò má trán.
- Bờ trong bộc lộ khớp mũi trán, xương lệ, xương sàng.
- Bờ trên bờ trên ổ mắt (thuộc xương trán).

**6.3. Bước 3: Bóc tách tổ chức quanh hốc mắt**

- Bóc tách tổ chức phần mềm trong hốc mắt về phía đỉnh ổ mắt.

**6.4. Bước 4: Cắt bỏ thành xương ổ mắt**

- Cắt bỏ xương thành ổ mắt ở thành có u xâm lấn bằng khoan xương hoặc đục.
- Cầm máu xương bằng khoan kim cương, dao điện đơn cực hoặc sáp xương.

### 6.5. Bước 5: Lấy bỏ nhãn cầu và tổ chức hốc mắt

- Kẹp và cắt động mạch mắt, thần kinh thị, lấy bỏ toàn bộ tổ chức hốc mắt và nhãn cầu, cùng khối u.
- Cầm máu bằng buộc chỉ tự tiêu 3.0 (hoặc clip mạch máu, đông điện lưỡng cực, dao siêu âm, dao hàn mạch nếu có).
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.6. Bước 6: Kiểm tra cầm máu:

- Rửa sạch hốc mổ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Kiểm tra cầm máu hốc mổ.

### 6.7. Bước 7: Đặt lót vật liệu cầm máu

- Đặt vật liệu cầm máu tự tiêu lót diện hốc mắt.
- Nên dùng vạt ghép da mỏng lót hốc mắt để giảm tổ chức hạt.

* Cắt ung thư mũi xoang và nạo vét hạch (theo quy trình riêng).

### 6.8. Bước 8: Khâu đóng hốc mổ

- Khâu đóng hốc mổ theo các lớp giải phẫu.

### 6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Rò dịch não tủy: xử trí theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn hốc mổ: điều trị kháng sinh (theo kháng sinh đồ nếu có).
- Viêm phù nề vùng mặt: dùng kháng sinh, chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Hoại tử vạt da ghép: cắt bỏ và ghép lại.

### 7.3. Di chứng

- Mất thị lực.
- Biến dạng vùng mặt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stefko ST, Myers EN (2017). Orbital Exenteration.*Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, p267 -298.
2. Zimmer L.A. et al (2013). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses.*Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins, Vol 2, Philadelphia, 2044-2062.
3. Esmaili N et al (2013). Orbital Tumors. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins, Vol 2, Philadelphia, 2063-2080.

# 210. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên dưới nội soi qua mũi trong ung thư mũi xoang.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư mũi xoang khu trú ở thành trong xoang hàm T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư sàng hàm giai đoạnT3, T4.
- Ung thư sàng hàm có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 04 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài)..

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ.
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Bấc mũi.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu, vật liệu cầm máu không tự tiêu.
- Hệ thống phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu cần).
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ khoan xương nội soi: mũi khoan phá, mũi khoan kim cương.
- Clip mạch máu (nếu có).

- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3 – 4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Đặt bấc mũi bằng thuốc có thành phần co mạch.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối đầu, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

**6.1. Bước 1: Nội soi đánh giá u và tiêm tê**

- Dùng nội soi quan sát đánh giá các cấu trúc giải phẫu và u.
- Tiêm thấm tại chỗ bằng thuốc có thành phần co mạch.

**6.2. Bước 2: Bộc lộ phẫu trường**

- Bẻ cuốn dưới, cuốn giữa bộc lộ rộng phẫu trường.

**6.3. Bước 3: Lấy bỏ phần u trong hốc mũi**

- Lấy bỏ u trong hốc mũi bằng dụng cụ cắt hút đến khe giữa.

**6.4. Bước 4: Lấy mỏm móc, mở lỗ thông xoang hàm**

- Lấy bỏ mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm đến cửa sổ xương.

**6.5. Bước 5: Xác định diện cắt bán phần xương hàm trên**

- Rạch niêm mạc vách mũi xoang: giới hạn trên từ 0.5cm phía trước ống lệ mũi ra trước xuống dưới, giới hạn phía trước là phía đầu cuốn dưới và đỉnh hố lê, giới hạn dưới là sàn mũi, giới hạn sau đến đuôi cuốn dưới.
- Dùng bay hút bóc tách niêm mạc và cốt mạc bộc lộ mỏm trán xương hàm, đầu xương cuốn mũi, sàn mũi.

**6.6. Bước 6: Cắt bán phần xương hàm trên và lấy u**

- Khoan hoặc đục lấy bỏ thành trong xoang hàm theo đường rạch niêm mạc.
- Lấy toàn bộ u trong xoang hàm.
- Quan sát ống nội soi 70 độ để tránh bỏ sót tổn thương.
- Sinh thiết tức thì (nếu cần).

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.7. Bước 7: Mở rộng và lấy u ở các xoang khác (nếu có):**

- Mở vào sàng trước, sàng sau lấy u.
- Mở vào xoang trán hoặc xoang bướm nếu có tổn thương.

**6.8. Bước 8: Kiểm tra cầm máu**

- Bơm rửa hốc mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt vật liệu cầm máu không tự tiêu, vật liệu cầm máu tự tiêu.

**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch theo chỉ định (theo quy trình kỹ thuật riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí theo mức độ chảy máu.
- Dò dịch não tủy: bít lỗ dò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Viêm phù nề vùng mặt: dùng kháng sinh , chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Dò, chảy dịch não tủy: kháng sinh, bít lỗ dò (theo quy trình riêng).
- Biến chứng mắt: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.
- Tắc ống lệ: thông ống lệ.
- Biến chứng răng, khẩu cái, rối loạn cảm giác như ê răng.

**7.3. Di chứng:**

- Sẹo dính niêm mạc.
- Ngạt mũi giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry M.S, Myers EN (2017). The Endoscopic Approach. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 83-91.

2. Lee A. Zimmer and Ricardo L. Carrau (2015). Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses. *Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology: Head & Neck Surgery*, Fifth ed, Lipincott –Williams & Wilskins, Vol 2, Philadelphia, 2044-2062.
3. Thulasidas P, Vaidyanathan V (2014). Role of Modified Endoscopic Medial Maxillectomy in Persistent Chronic Maxillary Sinusitis. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 18:159–164.
4. Ference EH, WelchCK(2019). Endoscopic Medial Maxillectomy. *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery2nd* ed, Elsevier, 173-182.

# 211. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ XƯƠNG HÀM TRÊN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt toàn bộ xương hàm trên là cắt bỏ xương khẩu cái, các thành xoang hàm, sàn ổ mắt, thân và cung gò má, bờ ngoài ổ mắt, ngành lên xương hàm trên, các tế bào sàng, thành trước xoang bướm cùng với khối u.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư xoang hàm T3.
- Ung thư hốc mũi và xoang sàng T3.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư xoang hàm T1, T2, T4.
- Ung thư hốc mũi và xoang sàng T1, T2, T4.
- Ung thư xoang hàm, hốc mũi và xoang sàng T3 đã có di căn xa.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh nội khoa chưa ổn định (ví dụ: đái tháo đường, suy tim, lao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy gan, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Dung dịch thuốc co mạch tại chỗ
- Dự trù máu (nếu cần).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc, chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Vật liệu cầm máu tự tiêu và không tiêu.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ khoan cắt.
- Hệ thống định vị dẫn đường phẫu thuật (nếu có).

- Hệ thống cắt - hút nội soi.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mụcđích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 3-4 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 - 30 độ.

**6.1. Bước 1: Rạch da**

- Rạch da bên tổn thương theo đường Weber-Ferguson mở rộng, gồm 3 phần nối liền nhau: đường cạnh mũi, đường bờ dưới ổ mắt và đường môi trên.

**6.2. Bước 2: Bóc tách mô mềm vùng mặt bộc lộ xương hàm trên**

- Rạch niêm mạc khẩu cái: phân ly toàn bộ khẩu cái cứng và khẩu cái mềm cùng bên tổn thương.
- Bóc tách mô mềm bộc lộ toàn bộ xương hàm trên đến hết gò má.

**6.3. Bước 3: Bóc tách mô mềm ổ mắt**

- Bóc tách thành trong ổ mắt: bóc tách bộc lộ và cắt dây chằng khóe mắt trong. Bộc lộ, thắt và cắt động tĩnh mạch sàng trước, sàng sau.
- Bóc tách thành dưới và thành ngoài ổ mắt: giải phóng mô mềm ổ mắt ra khỏi thành xương.

**6.4. Bước 4: Cắt xương hàm trên**

- Phía ngoài: cắt xương gò má tại mỏm trán và mỏm thái dương.
- Phía trong: cắt dọc theo mỏm trán của xương hàm trên, thành trong ổ mắt tới lỗ sàng sau. Cắt ngang sàn ổ mắt theo khe ổ mắt dưới.
- Phía dưới: cắt chính giữa xương khẩu cái. Bộc lộ, thắt và cắt động mạch hàm trên trong.
- Phía sau: cắt ngang phân ly xương hàm trên ra khỏi mảnh chân bướm.

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

### 6.5. Bước 5: Khâu phục hồi vết mổ

- Khâu đóng mô mềm bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu da bằng chỉ nylon.
- Đặt ống thông mũi dạ dày.

### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm gửi khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng vết mổ: vệ sinh sạch sẽ vùng vết mổ, lấy dịch mủ làm kháng sinh đồ và điều trị theo kết quả kháng sinh đồ.
- Sặc khi ăn uống:

+ Tập luyện cho người bệnh ăn và uống phù hợp để tránh sặc.
+ Rút ống thông mũi dạ dày khi người bệnh đã hết sặc.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, giảm viêm, khí dung và hội chẩn chuyên khoa hô hấp.

### 7.3. Di chứng

- Biến dạng thẩm mỹ vùng mặt.
- Nhìn đôi.
- Há miệng hạn chế.
- Biến đổi giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hanna E (2011), Maxillectomy. *Atlas of head and neck surgery*. Elsevier Inc p419-426.
2. Brown J (2018), Advanced Palatomaxillary Cancer (Special Considerations Related to Reconstruction).*Oral, Head and Neck Oncology and Reconstructive Surgery*. Elsevier, Inc p586-595.
3. Murphy J (2018), Advanced Palatomaxillary Cancer. *Oral, Head and Neck Oncology and Reconstructive Surgery*. Elsevier, Inc p571-585.

4. Shah JP (2020), Nasal Cavity and Paranasal Sinuses -*Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5tth ed. Elsevier Inc, p115-156.
5. Lore JM, Medina JE (2005), Radical Resection of Maxilla With Orbital and Partial Ethmoidal Exenteration. *An Atlas of Head and Neck Surgery*,Loré & Medina, 4th edition, vol. I, Elsevier p239-245.

# 212. PHẪU THUẬT CẮT U VÙNG HỌNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính vùng họng miệng qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính ở khẩu cái mềm, amidan, thành sau họng miệng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.
- U lan đến cơ siết họng, cơ chân bướm, khoang quanh họng, cân trước sống.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dụng cụ soi treo dành cho phẫu thuật họng miệng.
- Bộ dao mổ điện.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Dao siêu âm, dao hàn mạch, máy laser (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1,5 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Bộc lộ khối u họng miệng bằng dụng cụ mở miệng hoặc ống soi treo.

**6.2. Bước 2: Cắt u**

- Với u khẩu cái mềm và u thành sau họng miệng: cắt khối u sát rìa khối u.
- Với u amidan: cắt toàn bộ khối u cùng tổ chức amidan.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3**

- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Tạo hình vùng khuyết thiếu nếu cần (theo quy trình riêng).

**7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tổn thương răng: cần đánh giá tình trạng răng trước phẫu thuật, thao tác trong phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Viêm phổi: điều trị nội khoa.
- Nuốt sặc: đặt ống thông mũi dạ dày, hướng dẫn người bệnh tập ăn.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. JonesTM,Evans M, Watkinson JC, Clarke RW (2018). Oropharyngeal tumours..*Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery,* 8th ed, CRC Press, Vol 3, 222-227.
2. Shah JP, Patel SG (2019). Pharynx and Esophagus.*Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*, 5th ed, Elsevier, 314-338.
3. Panda S, Verma H, Thakur J, Arora RD (2021). Oropharyngeal Tumour Surgery. *Operative Surgery for Head and Neck Tumors*, CRC Press, 83-104.

# 213. PHẪU THUẬT CẮT U VÙNG NIÊM MẠC MÁ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính vùng niêm mạc má qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tiền ung thư (ví dụ: bạch sản, hồng sản, loạn sản).
- U lành tính (ví dụ: u mỡ, u máu, u nhú, u tuyến nước bọt phụ).

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Kim chỉ khâu.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Dung dịch sát khuẩn (ví dụ: povidone-iodine).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.
- Dụng cụ mở miệng.
- Dao siêu âm(nếu cần).

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1 – 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ phẫu trường**

- Mở miệng bộc lộ toàn bộ khối u.
- Sát khuẩn toàn bộ khoang miệng.

**6.2. Bước 2: Cắt u**

- Đánh giá khối u.
- Cắt toàn bộ khối u, chú ý độ sâu xâm lấn của khối u trong quá trình cắt bỏ.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu và làm sạch hốc mổ**

**6.4. Bước 4: Đóng khuyết hổng tổ chức**

- Tùy từng trường hợp có thể khâu đóng trực tiếp hoặc để hở tự liền.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu trong mổ: xử trí theo mức độ**.**
- Chấn thương răng: xử trí tùy mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu, tụ máu, tụ dịch vết phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vùng phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ, kháng sinh toàn thân (theo kháng sinh đồ).
- Viêm phù nề vùng mặt: dùng kháng sinh, chống viêm giúp giảm sưng nề.
- Rò nước bọt.

- Tổn thương dây VII.

**7.3. Di chứng**

- Liệt mặt: xử trí tùy mức độ.
- Khít hàm, rối loạn nuốt.
- Sẹo xấu: lồi, phì đại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nancy L, et al (2012). Benign and Malignant Lesions of the Oral Cavity, Oropharynx, and Nasopharynx. *Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology*, third edition,McGraw-Hill Companies, New York, 434-444.
2. Ann M.G and Nadarajah.V (2016). Benign and Premalignant Oral Lesions. *Sataloff's comprehensive textbook of otolaryngology head and neck surgery*,Jaypee Brothers Medical, New Delhi, 5,549-568.
3. Kerr A.R, et al (2021). Benign Lesions of the Oral Cavity and the Jaws. *Burket's Oral Medicine,* thirteenth edition, John Wiley & Sons, New Jersey,171-209.

# 214. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ LƯỠI PHẦN DI ĐỘNG BẰNG LASER

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ ung thư ở phần lưỡi di động phía trước V lưỡi bằng Laser qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư lưỡi phần lưỡi di động giai đoạn T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc, gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Ống nội khí quản chuyên dụng cho phẫu thuật laser (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dụng cụ mở miệng, kẹp lưỡi.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Máy laser.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối vai và đầu ngửa tối đa.
- Lắp đặt đảm bảo an toàn laser.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt dụng cụ mở miệng.
- Kéo lưỡi ra phía ngoài bộc lộ toàn bộ khối u.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch theo diện cắt khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt khối u**

- Dùng laser cắt toàn bộ khối u với vùng rìa ít nhất 1cm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Làm sinh thiết tức thì đến khi diện cắt âm tính.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu và khâu phục hồi diện cắt**

- Kiểm tra cầm máu.
- Có thể để hở diện cắt tự liền hoặc khâu phục hồi diện cắt.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch nếu cần (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Bỏng: năng lượng của tia laser có thể gây bỏng da hoặc niêm mạc trong phẫu thuật, để phòng biến chứng này phải che phủ da, niêm mạc lành bằng bông ẩm.
- Cháy nổ: có thể xảy ra khi tia laser tiếp xúc với oxy trong đường thở hoặc ống nội khí quản, để phòng biến chứng này cần che chắn vùng ống nội khí quản bằng bông ẩm hoặc sử dụng loại ống chuyên dụng cho phẫu thuật laser.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LydiattWM, Cohen JI (2011). Transoral Resections.. *Atlas of Head and Neck Surgery*, Elsevier, 269-286.
2. Lango M, Myers EN. (2017). Partial glossectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 196-200.
3. Petra A, Huettenbrink KB (2011). Lasers for Malignant Lesions in the Upper Aerodigestive Tract. *Lasers in Otorhinolaryngology*, Thieme, Vol 1, 113-142.

# 215. PHẪU THUẬT CẮT LƯỠI PHẦN DI ĐỘNG DO UNG THƯ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ ung thư ở phần lưỡi di động phía trước V lưỡi qua đường miệng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư lưỡi phần lưỡi di động giai đoạn T1, T2.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm, dị dạng xương mặt, tổn thương cột sống cổ.
- Không bộc lộ được toàn bộ u.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bất thường về răng: răng giả, răng lung lay.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu các loại.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dụng cụ mở miệng, kẹp lưỡi.
- Bộ dao mổ điện.
- Bộ kẹp mạch máu (nếu có).
- Dao siêu âm, dao hàn mạch (nếu có).
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2 - 3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu ngửa tối đa.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ khối u**

- Đặt dụng cụ mở miệng.
- Kéo lưỡi ra phía ngoài bộc lộ toàn bộ khối u.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch theo diện cắt khối u.

**6.2. Bước 2: Cắt khối u**

- Cắt toàn bộ khối u với vùng rìa ít nhất 1cm.
- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.
- Làm sinh thiết tức thì đến khi diện cắt âm tính.

**6.3. Bước 3: Kiểm tra cầm máu và khâu phục hồi diện cắt**

- Kiểm tra cầm máu.
- Có thể để hở diện cắt tự liền hoặc khâu phục hồi diện cắt.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (nếu cần).

**6.4. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

* Nạo vét hạch nếu cần (theo quy trình riêng).

* Mở khí quản nếu cần (theo quy trình riêng).

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tổn thương răng: cần đánh giá tình trạng răng trước phẫu thuật, thao tác trong phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.

Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.

### 7.3. Di chứng

- Rối loạn nuốt.
- Rối loạn giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lango M, Myers EN (2017) Partial glossectomy. *Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier, Vol 1, 196-200.
2. Lydiatt WM, Cohen JI(2011) Transoral Resections. *Atlas of Head and Neck Surgery*, Elsevier, 269-286.
3. Sharma RK, Thakur J, Arora RD (2021). Oral Cancer Surgery. *Operative Surgery for Head and Neck Tumors*, CRC Press, 61-62.

# 216. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG CỨNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi cắt bỏ u nhú ở phế quản bằng ống soi cứng và các dụng cụ chuyên biệt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

U nhú phế quản.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân không gây mê được (ví dụ: hen phế quản, lao phổi tiến triển, suy tim nặng...).
- Bất thường cột sống không nằm ngửa hoặc ngửa cổ được.
- Bất thường giải phẫu họng, hạ họng không bộc lộ được thanh khí phế quản bằng ống cứng (cổ quá ngắn, thanh thiệt cụp…).
- Tổn thương ở đoạn phế quản không tiếp cận được bằng ống cứng.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý nội khoa toàn thân chưa ổn định.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ nội soi phế quản ống mềm.
- Bộ dụng cụ cắt u nhú phế quản.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 2-3 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê toàn thân.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Bộc lộ tổn thương**

- Đưa ống nội soi cứng qua đường miệng xuống thanh quản, qua thanh môn xuống khí quản rồi tới đoạn phế quản có khối u để bộc lộ tổn thương.

**6.2. Bước 2**: **Lấy bỏ tổn thương**

- Dùng dụng cụ phẫu thuật đưa qua ống nội soi cứng để lấy bỏ tổn thương, có thể lấy một hoặc nhiều lần cho đến khi lấy hết hoàn toàn u nhú, lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

**6.3. Bước 3**: **Cầm máu (nếu cần) và rút ống soi**

- Kiểm tra và cầm máu nếu cần, rút ống soi.

**6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dùng thuốc toàn thân, tại chỗ điều trị.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột: xử trí theo quy trình cấp cứu ngừng tim.
- Gãy răng cửa hàm trên: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Tràn khí: xử trí theo mức độ và nguyên nhân tràn khí.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở do phù nề hạ họng: cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, mở khí quản nếu cần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joshua S.Schindler (2011). Operative pharyngoscopy and laryngoscopy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p22-37.
2. Andrew S.Florea & Clacrk A.Rosen (2006). Management of recurrent respiratory papillomatosis. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p433-439.
3. Rex C.Yung & Emily F.Boss (2010). Tracheobronchial endoscopy. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, 5th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, p998-1015.

# 217. NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG MỀM SINH THIẾT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi mềm đưa vào vùng hạ họng lấy tổ chức bệnh lý để chẩn đoán mô bệnh học.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ bệnh lý vùng hạ họng trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: khối u mạch máu.
- Chống chỉ định tương đối: khít hàm, không mở miệng được.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý nội khoa toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, dùng thuốc chống đông máu...).

Khó thở thanh quản độ II.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ soi thanh quản ống mềm có kênh hút và sinh thiết.
- Bộ kìm sinh thiết ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây tê.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa, thầy thuốc ở vị trí đối diện hoặc phía trên đầu người bệnh.

### 6.1. Bước 1: Bộc lộ hạ họng

- Đưa ống mềm qua đường mũi/miệng, bộc lộ vào vùng hạ họng.

### 6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương

- Quan sát đánh giá đầy đủ các cấu trúc giải phẫu và ghi nhận tổn thương (nếu có) ở các vị trí: thành sau hạ họng, đáy lưỡi, sụn thanh thiệt, nẹp phễu thanh thiệt, sụn phễu, xoang lê 2 bên, chú ý đánh giá mức độ di động sụn phễu 2 bên.

### 6.3. Bước 3: Sinh thiết tổn thương

- Dùng kìm sinh thiết phù hợp bấm một hoặc vài mảnh tổ chức ở vị trí nghi ngờ, cho vào lọ đựng dung dịch cố định bệnh phẩm, ghi nhãn tương ứng.

### 6.4. Bước 5:Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương hạ họng: nếu rách nhỏ có thể tự khỏi được, nếu rách to phải khâu lại.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở do phù nề hạ họng: cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, mở khí quản nếu cần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loré & Medina (2005). Diagnostic Endoscopy. *An Atlas of Head and Neck Surgery*, 4th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p179-212.

2. Joshua S.Schindler (2011). Diagnostic clinical pharyngoscopy and laryngoscopy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p18-21.

3. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology*, 5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2, p1917-1940.

4. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.

# 218. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi thực quản cứng để chẩn đoán các bệnh lý của thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ bệnh lý thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được; Các bệnh lý về cột sống cổ không nằm ngửa được theo tư thế soi (ví dụ: gù vẹo cột sống, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống…).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, đang dùng thuốc chống đông…).
- Bất thường về răng (răng giả, răng lung lay…).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc.
- Bộ ống soi thực quản cứng.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

**6.1. Bước 1: Soi tìm sụn phễu**

- Để ống soi đứng thẳng, đưa ống chui qua cung răng, tiếp tới lưỡi gà, theo đáy lưỡi tới thành sau họng. Quan sát thấy thanh thiệt, sụn phễu ở phía sau dưới, xoang lê nằm ở hai bên.

**6.2. Bước 2**: **Đi qua miệng thực quản**

- Nâng sụn phễu để đưa ống soi vào miệng thực quản từ từ, chú ý đánh giá miệng thực quản nếu có nghi ngờ (ví dụ: sùi, loét, sẹo…).

**6.3. Bước 3**: **Soi thực quản cổ và ngực**

- Đẩy ống soi vào quan sát toàn bộ các thành thực quản và các vị trí hẹp của thực quản (như ngang quai động mạch chủ, ngang phế quản), tiếp tục đi xuống dưới, chú ý đánh giá bệnh tích nếu có (ví dụ: sùi, loét, sẹo…).

**6.4. Bước 4**: **Vượt qua eo cơ hoành**

- Đưa ống soi về phía dưới quan sát tâm vị, chú ý đánh giá bệnh tích nếu có.

**6.5. Bước 5:Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Gãy răng cửa hàm trên: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương hạ họng: nếu rách nhỏ có thể tự khỏi được, nếu rách to phải khâu lại.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật lồng ngực.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật lồng ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joshua S.Schindler (2011). Operative Esophagoscopy and Percutaneous Gastrotomy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p38-46.
2. Ryan J.Soose (2006). Esophagoscopy. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p578-586.
3. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology*, 5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2, p1917-1940.
4. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.

# 219. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM CHẨN ĐOÁN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi thực quản mềm để chẩn đoán các bệnh lý của thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ bệnh lý thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, đang dùng thuốc chống đông…).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Gạc.
- Hệ thống máy soi thực quản ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai hoặc nằm nghiêng một chân co một chân duỗi, mặt hướng về phía phẫu thuật viên, miệng ngậm dụng cụ mở miệng (để khỏi cắn vào ống trong khi soi).

### 6.1. Bước 1: Soi tìm sụn phễu

- Đưa ống soi qua dụng cụ mở miệng, đi sâu vào quan sát lưỡi gà, đáy lưỡi, thanh thiệt. Tiếp theo, quan sát thấy hai sụn phễu, xoang lê và phần trên miệng thực quản.

### 6.2. Bước 2: Đi qua miệng thực quản

- Lách ống soi giữa thành sau họng và khoảng liên phễu, đẩy từ từ ống soi qua miệng thực quản. Để tránh tai biến và quan sát tốt, ống soi cần được đưa qua một cách nhẹ nhàng và từ từ, đồng thời chú ý đánh giá tổn thương miệng thực quản nếu có (ví dụ: sùi, loét, sẹo…).

### 6.3. Bước 3: Soi thực quản cổ và ngực

- Đẩy ống soi vào quan sát toàn bộ các thành thực quản và các vị trí hẹp của thực quản (như ngang quai động mạch chủ, ngang phế quản), tiếp tục đi xuống dưới, chú ý đánh giá bệnh tích nếu có (ví dụ: sùi, loét, sẹo…).

### 6.4. Bước 4: Vượt qua eo cơ hoành

- Đưa ống soi về phía dưới quan sát tâm vị, chú ý đánh giá bệnh tích nếu có.

### 6.5. Bước 5:Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Trật khớp thái dương hàm: nắn lại.
- Tổn thương hạ họng: nếu rách nhỏ có thể tự khỏi được, nếu rách to phải khâu lại.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật lồng ngực.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật lồng ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Joshua S.Schindler (2011). Operative Esophagoscopy and Percutaneous Gastrotomy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p38-46.
2. Ryan J.Soose (2006). Esophagoscopy. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p578-586.
3. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. *Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology*, 5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2, p1917-1940.
4. Loré & Medina (2005). Diagnostic Endoscopy. *An Atlas of Head and Neck Surgery*, 4th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p179-212.
5. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.

# 220.NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi cứng và các dụng cụ chuyên biệt để xử trí cấp cứu dị vật thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ dị vật thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được; Các bệnh lý về cột sống cổ không nằm ngửa được theo tư thế soi (ví dụ: gù vẹo cột sống, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống…).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Bất thường về răng (ví dụ: răng giả, răng lung lay).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bộ ống nội soi thực quản ống cứng.
- Bộ kìm gắp dị vật thực quản ống cứng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai và ngửa đầu tối đa, thầy thuốc ngồi phía đầu người bệnh.

**6.1. Bước 1: Soi tìm sụn phễu**

- Để ống soi đứng thẳng, đưa ống chui qua cung răng, tiếp tới lưỡi gà, theo đáy lưỡi tới thành sau họng. Quan sát thấy thanh thiệt, sụn phễu ở phía sau dưới, xoang lê nằm ở hai bên, miệng thực quản.

**6.2. Bước 2: Đi qua miệng thực quản**

- Nâng sụn phễu để đưa ống soi vào miệng thực quản từ từ

**6.3. Bước 3: Soi thực quản cổ và ngực**

- Đẩy ống soi dần xuống dưới quan sát đủ các thành thực quản và các vị trí hẹp như quai động mạch chủ, tiếp tục đi xuống dưới.

**6.4. Vượt eo cơ hoành**

- Người phụ ngả đầu người bệnh về bên phải độ 5cm.
- Ống soi tiếp tục được đưa xuống, quan sát thấy tâm vị, niêm mạc tâm vị.

**6.5. Gắp dị vật và rút ống soi ra**

- Thực hiện lấy dị vật bằng dụng cụ phù hợp và tránh làm tổn thương lòng thực quản.
- Dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh tìm dị vật ở vị trí phù hợp.
- Kiểm tra phần còn lại của thực quản nếu ở đoạn cao, và rút ống soi nếu dị vật ở đoạn thấp.

**6.6. Đặt ống thông dạ dày: nếu có tổn thương thực quản**

**6.7. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tổn thương hạ họng: xử trí tùy mức độ.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ.
- Tổn thương răng: phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joshua S.Schindler (2011). Operative Esophagoscopy and Percutaneous Gastrotomy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p38-46.
2. Ryan J.Soose (2006). Esophagoscopy. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p578-586.
3. Michael F.Vaezi, (2010). The esophagus: Anatomy, physiology, and diseases. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, 5th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, 1, 36, p953-980.
4. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.

# 221. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM LẤY DỊ VẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp sử dụng ống soi mềm thực quản để chẩn đoán và xử trí dị vật, đặc biệt là các dị vật nhỏ ở thực quản.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ dị vật thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, đang dùng thuốc chống đông).
- Thận trọng với dị vật to và sắc nhọn.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc
- Bộ ống soi thực quản ống mềm.
- Bộ kìm dây gắp dị vật thực quản ống mềm.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê hoặc gây tê.
- Tư thế: người bệnhnằm ngửa, kê gối dưới vai hoặc nằm nghiêng một chân co một chân duỗi, mặt hướng về phía phẫu thuật viên, ngậm dụng cụ mở miệng.

### 6.1. Bước 1: Soi tìm sụn phễu

- Đưa ống soi vào qua dụng cụ mở miệng, đi sâu vào quan sát lưỡi gà, đáy lưỡi, thanh thiệt. Tiếp theo, quan sát thấy hai sụn phễu, xoang lê và phần trên miệng thực quản.

### 6.2. Bước 2: Đi qua miệng thực quản

- Lách ống soi giữa thành sau họng và khoảng liên phễu, đẩy từ từ ống soi qua miệng thực quản. Để tránh tai biến và quan sát tốt, ống soi cần được đưa qua một cách nhẹ nhàng và từ từ.

### 6.3. Bước 3: Soi thực quản cổ và ngực

- Đẩy ống soi vào quan sát toàn bộ các thành thực quản và các vị trí hẹp như quai động mạch chủ, tiếp tục đi xuống dưới.

### 6.4. Bước 4: Vượt eo cơ hoành

- Đưa ống soi về phía dưới quan sát tâm vị, kiểm tra vị trí dị vật.

### 6.5. Bước 5: Gắp dị vật và rút ống soi ra

- Chọn dụng cụ phù hợp để gắp dị vật. Trong trường hợp dị vật sắc nhọn, cần bảo vệ niêm mạc thực quản.
- Đưa ống soi kiểm tra hết chiều dài thực quản.

### 6.6. Bước 6: Đặt ống thông dạ dày

- Đặt ống thông mũi dạ dày nếu có tổn thương thực quản.

### 6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương hạ họng: xử trí tùy mức độ.
- Thủng thực quản: xử trí tùy mức độ.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sót dị vật: xảy ra ở trường hợp dị vật ở ngay sát miệng thực quản do ống soi mềm đưa khi đưa qua miệng thực quản có tầm quan sát kém. Trường hợp này cần chuẩn bị sẵn bộ soi thực quản ống cứng để soi lại kiểm tra và gắp dị vật nếu soi ống mềm không tìm thấy.
- Không gắp được dị vật: một số trường hợp dị vật thực quản quá lớn, lẫn thịt, bít lấp lòng thực quản một đoạn dài (nhất là trong các trường hợp người bệnh cố nuốt thêm thức ăn để hy vọng làm trôi dị vật xuống dưới), không thể lách được kìm thòng lọng qua dị vật, cần phải chuyển sang soi thực quản ống cứng để lấy dị vật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Joshua S.Schindler (2011). Operative Esophagoscopy and Percutaneous Gastrotomy. *Atlas of Head & Neck Surgery*, 2nd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p38-46.
2. Ryan J.Soose (2006). Esophagoscopy. *Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p578-586.
3. Michael F.Vaezi, (2010). The esophagus: Anatomy, physiology, and diseases. *Cumming otolaryngology- Headand neck surgery*, 5th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, 5th ed, 1, 36, p953-980.
4. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.

# 222. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG CỨNG SINH THIẾT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi thực quản cứng và các dụng cụ chuyên biệt để sinh thiết các tổn thương ở thực quản bằng phương pháp vô cảm gây tê hoặc gây mê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ các tổn thương thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được; Các bệnh lý về cột sống cổ không nằm ngửa được theo tư thế soi (ví dụ: gù vẹo cột sống, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống…).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, đang dùng thuốc chống đông…).
- Bất thường về răng (răng giả, răng lung lay…).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bơm kim tiêm.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ ống soi thực quản cứng.
- Hệ thống nội soi tai mũi họng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.7.Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 1 giờ.

**5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật – phẫu thuật.

**5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: Có thể thực hiện dưới gây mê hoặc gây tê.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ ưỡn ra sau.Trường hợp cần thiết phải có người giữ đầu đúng tư thế tránh ống soi lệch sang một bên, gây khó khăn cho việc soi thực quản.

**6.1. Bước 1*: Soi tìm sụn phễu***

- Đặt ống soi ở giữa cung răng, tay trái cố định ống ở giữa cung răng, tiếp tới lưỡi gà, theo đáy lưỡi tới sụnthanh thiệt, sụn phễu ở phía sau dưới, xoang lê nằm hai bên.

**6.2. Bước 2:Đi qua miệng thực quản**

- Nâng sụn phễu để đưa ống soi vào miệng thực quản từ từ.

**6.3. Bước 3:Soi thực quản cổ và ngực**

- Đẩy ống soi dần xuống dưới quan sát đủ các thành thực quản và các vị trí hẹp ngang mức quai động mạch chủ, phế quản, đi hết chiều dài của thực quản để tìm và đánh giá tổn thương thực quản từ miệng đến tâm vị.

**6.4. Bước 4: Sinh thiết**

- Dùng kìm bấm sinh thiết tổ chức tổn thương nghi ngờ (ví dụ: sùi, loét, thâm nhiễm).

**6.5. Bước 5: Lấy bệnh phẩm**

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6: Rút ống soi**

- Lưu ý: Cần rút ống soi từ từ để kiểm tra lại tổn thương ở thực quản.

**6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ.

- Phản xạ co thắt thanh quản. Xử trí:Khi bắt đầu xuất hiện dấu hiệu co thắt phải ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy, xịt Ventolin, nếu co thắt không đỡ thì tiến hành tiêm thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Mạch chậm hoặc phản xạ ngừng tim do cường phế vị: xử trí theo phác đồ ngừng tuần hoàn.
- Gãy răng cửa hàm trên: xử trí phối hợp với bác sĩ răng hàm mặt.
- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ chảy máu.
- Trật khớp thái dương hàm: nắn lại khớp thái dương hàm.
- Thủng thực quản. Xử trí: Hồi sức, kháng sinh liều cao, đặt ống thông dạ dày, chuyển khoa ngoại điều trị.

### 7.2. Tai biến sau khi soi

Nhiễm trùng: điều trị nội khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Nguyễn Thị Xuyên (2001). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I. Nội soi dạ dày tá tràng, nhà xuất bản Y học 2001, trang 506-507.
2. Phạm Thị Bình (2001). Soi dạ dày tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai 2001, trang 14-30.
3. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.
4. Ryan J.Soose (2006). Esophagoscopy. Operative Techniques in Otolaryngology: Head and Neck Surgery, 3rd ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p578-586.
5. Mihir Kiran Bhayani & Randal S.Weber (2014). Hypopharyngeal and cervical esophageal carcinoma. Bailey's Head and neck surgery – otolaryngology, 5th ed, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2, p1917-1940.

# 223. NỘI SOI THỰC QUẢN ỐNG MỀM SINH THIẾT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng ống soi thực quản mềm và các dụng cụ chuyên biệt để sinh thiết các tổn thương ởthực quản bằng phương pháp vô cảm gây tê hoặc gây mê.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ các bệnh lý tổn thương ở thực quản trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.
- Chống chỉ định tương đối: Khít hàm, không mở miệng được.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, tiểu đường, đang dùng thuốc chống đông…).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tê thấm.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Bơm kim tiêm.
- Lọ đựng bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm.
- Bộ máy nội soi thực quản mềm.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ theo đúng quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 giờ - 01 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật – phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH PHẪU THUẬT**

- Vô cảm:

+ Với kỹ thuật gây tê: Gây tê niêm mạc họng và hạ họng bằng thuốc tê tránh kích thích phản xạ.

+ Với kỹ thuật gây mê: Gây mê theo quy trình của chuyên ngành Gây mê hồi sức.

- Chuẩn bị tư thế người bệnh:

+ Người bệnh nằm nghiêng một bên, một chân co, một chân duỗi, mặt hướng về phía bác sĩ. Sau khi được vô cảm (gây tê hoặc gây mê), người bệnh được cho ngậm dụng cụ mở miệng để tránh cắn vào ống khi soi.

+ Nếu gây mê nội khí quản có thể nằm ngửa, mặt quay về phía phẫu thuật viên.

**6.1. Bước 1*: Soi tìm sụn phễu***

- Đưa ống soi vào qua dụng cụ mở miệng, đi sâu quan sát các mốc: Lưỡi gà, đáy lưỡi, sụn nắp thanh thiệt, sụn phễu ở phía sau dưới, xoang lê nằm hai bên và miệng thực quản ngay sau hai sụn phễu.

**6.2. Bước 2*:Đi qua miệng thực quản***

- Lách ống soi giữa thành sau họng và mặt sau hai sụn phễu hoặc đưa vào đáy xoang lê, bảo người bệnh nuốt (nếu soi gây tê) đồng thời bác sĩ vừa bơm hơi vừa đẩy ống soi qua miệng thực quản.

- Để tránh tai biến và quan sát tốt, cần đưa ống soi nhẹ nhàng và từ từ để đánh giá tổn thương miệng thực quản nếu có tránh bỏ sót tổn thương.

**6.3. Bước 3*:Soi thực quản cổ và ngực***

- Đẩy ống soi dần xuống dưới vừa bơm hơi (nếu cần) và quan sát đủ các thành thực quản và đi hết chiều dài của thực quản để tìm và đánh giá tổn thương thực quản từ miệng đến tâm vị. Có thể bơm nước và hút cho sạch ở những vùng còn bám chất bẩn để quan sát kỹ tránh bỏ sót tổn thương.

**6.4. Bước 4:Sinh thiết**

- Dùng kìm bấm sinh thiết tổ chức nghi ngờ tổn thương ở thựcquản.

**6.5. Bước 5: Lấy bệnh phẩm**

- Lấy bệnh phẩm cho vào lọ chứa dung dịch cố định.

**6.6. Bước 6:**

- Rút ống soi ra từ từ để kiểm tra lại tổn thương ở thực quản.

**6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Bàn giao bệnh phẩm cho khoa giải phẫu bệnh.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi soi

- Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ.
- Mạch chậm hoặc phản xạ ngừng tim do cường phế vị. Xử trí theo phác đồ cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Chảy máu: xử trítùy theo mức độ chảy máu.

### 7.2. Tai biến sau khi soi

- Thủng thực quản. Xử trí: Hồi sức, kháng sinh liều cao, đặt ống thông dạ dày, chuyển khoa ngoại điều trị.
- Khó thở do sang chấn. Xử trí:Cho kháng sinh, thuốc chống phù nề, thở oxy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Nguyễn Thị Xuyên (2001). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I. Nội soi dạ dày tá tràng. Nhà xuất bản Y học 2001, trang 506-507.
2. Phạm Thị Bình (2001). Soi dạ dày tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa Bệnh viện Bạch mai 2001, trang 14-30.
3. Nguyễn Thị Xuyên (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học 2016, trang 43-46.
4. Joshua S.Schindler (2011). Operative Esophagoscopy and Percutaneous Gastrotomy. Atlas of Head & Neck Surgery, second edition, Elsevier Saunder, Philadelphia, p38-46.
5. Loré & Medina (2005). Diagnostic Endoscopy. An Atlas of Head and Neck Surgery, 4th ed, Elsevier Saunder, Philadelphia, p179-212.

# 224. TIÊM BOTULINUM TOXIN DÂY THANH

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật tiêm botulinum toxin (BoNT) vào cơ dây thanh để điều trị chứng loạn trương lực cơ kiểu co cứng (Spasmodic Dysphonia: SD) khi phát âm.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Rối loạn trương lực cơ dây thanh kiểu co cứng, làm giảm khả năng phát âm và chất lượng giọng nói.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với hoạt chất BoNT.
- Liệt cơ thanh quản.
- Các bệnh lý thần kinh trung ương có ảnh hưởng tới thần kinh vận động.

## 4. THẬN TRỌNG

Trẻ nhỏ, người cao tuổi.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc BoNT dạng thành phẩm dùng để tiêm. Liều tiêm thường từ 0.05U đến 1.5U cho một bên dây thanh tùy theo đáp ứng điện cơ.
- Thuốc gây tê tại chỗ.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Khẩu trang, mũ.
- Gạc phẫu thuật.
- Găng tay.
- Hệ thống ghi điện cơ thanh quản.
- Kim tiêm gắn điện cực.
- Hệ thống nội soi ống mềm hoặc ống soi cứng.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5 - 1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Kiểm tra người bệnh: đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định cần thực hiện kỹ thuật).

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh: nằm trên bàn thủ thuật, thả lỏng toàn thân, giữ đầu - cổ tư thế thẳng. Kê một gối dưới vai để giúp ngửa cổ.
- Bác sĩ: đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh.

### 6.1. Cách tiến hành

**Bước 1**

- Gây tê thanh quản bằng bơm thuốc tê tại chỗ. Gây tê dưới da bằng Lidocaine vào khu vực sẽ tiêm.

**Bước 2**

- Bộc lộ rộng rãi vùng cổ trước bên. Dán các điện cực bề mặt (điện cực tham chiếu và điện cực dây đất) của máy điện cơ vào vùng cổ bên hoặc ngực trên của người bệnh.

**Bước 3**

- Pha dung dịch tiêm BoNT. Dùng bơm tiêm lấy thuốc BoNT theo liều đã định, lắp vào hệ thống bơm tiêm điện.

**Bước 4**

- Sát khuẩn nơi tiêm. Chọc kim qua da ở đường giữa cổ, đi qua màng giáp-nhẫn. Mũi kim hướng lên trên và ra ngoài. Lưu ý quan sát dưới nội soi giữ cho mũi kim nằm trong dây thanh, không phạm vào đường thở.
- Mũi kim được chếch vào dây thanh một bên để đi vào cơ thanh. Khi kim vào cơ, máy điện cơ sẽ phát tín hiệu đặc trưng. Tiến hành tiêm BoNT vào cơ thanh. Với các người bệnh chưa tiêm lần nào, cần bắt đầu với liều thấp nhất có tác dụng, liều tiêm được đánh giá qua máy điện cơ.

**Bước 5**

- Đối với dây thanh còn lại, thực hiện tiêm BoNT theo các bước tương tự như bước 4.

**Bước 6**:

- Rút kim khỏi vị trí tiêm. Yêu cầu người bệnh phát âm để đánh giá kết quả.
- Tháo điện cực bề mặt ở vùng cổ của người bệnh.
- Tắt máy điện cơ. Kết thúc thủ thuật.

### 6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Tiêm vào đường thở: gây phản xạ ho như hội chứng xâm nhập. Rút kim và theo dõi hô hấp, xử trí theo phác đồ khi có co thắt, khó thở. Đề phòng: Gây tê bằng bơm thuốc thanh quản.
- Tràn khí vùng cổ: thường hiếm khi xảy ra. Theo dõi, xử trí theo phác đồ nếu tràn khí làm ảnh hưởng hô hấp.
- Chảy máu vào đường thở: có thể xảy ra khi kim tiêm vào đường thở. Theo dõi tình trạng hô hấp và toàn trạng, xử trí theo phác đồ.
- Shock phản vệ: xử trí theo phác đồ.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Ngộ độc thần kinh (khó thở, khô miệng, nói khó, mệt mỏi, yếu cơ, nhìn mờ): có thể xảy ra dù không tiêm quá liều. Xử trí theo phác đồ, dùng huyết thanh kháng độc tố.
- Xử trí theo phác đồ chống dị ứng và sốc phản vệ.

### 7.3. Di chứng sau phẫu thuật

Rối loạn giọng kéo dài: có thể tăng liều tiêm BoNT cho đến khi đạt hiệu quả mong muốn. Kết hợp với trị liệu giọng nói.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blitzer A, Sulica L (2001). Botulinum toxin: basic science and clinical uses in otolaryngology. Laryngoscope,111(2):218-26.
2. Blitzer A, Brin MF, Fahn S, Lange D, et al (1986). Botulinum toxin (BOTOX) for the treatment of "spastic dysphonia" as part of a trial of toxin injections for the treatment of other cranial dystonias. Laryngoscope, 96(11),1300-1301.
3. Blitzer A, Brin MF, Fahn S, Lovelace RE (1988). Localized injections of botulinum toxin for the treatment of focal laryngeal dystonia (spastic dysphonia). Laryngoscope, 98(2), 193-7.
4. Miller RH (1992). Technique of percutaneous EMG-guided Botulinum toxin injection of the larynx for spasmodic dystonia. J Voice, 6(4), 377-386.

# 225. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT / ĐỐT THẦN KINH MŨI SAU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt/ đốt thần kinh mũi sau là kỹ thuật tìm, bộc lộ và đốt thần kinh mũi sau trong hốc mũi dưới nội soi.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị ngạt mũi, hắt hơi, chảy mũi trong:
- Viêm mũi mạn tính, viêm mũi vận mạch kéo dài đã điều trị không đáp ứng.
- Viêm mũi dị ứng dai dẳng mức độ nặng.
- Viêm mũi dị ứng, viêm mũi vận mạch mà người bệnh không muốn điều trị tại chỗ kéo dài.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh đang có viêm mũi xoang đợt cấp nhiễm khuẩn.

## 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.
- Thuốc co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Bấc mũi, gạc.
- Vật liệu cầm máu mũi.
- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Hệ thống máy hút.
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực.

**5.4. Người bệnh**

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 1,5 - 2 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-30 độ.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện.

**6.1. Bước 1: Gây tê**

- Gây tê tại chỗ: chân bám cuốn giữa.
- Gây tê vùng: lỗ khẩu cái lớn.
- Đặt co mạch hốc mũi.

**6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc.**

- Rạch thẳng ở vách mũi xoang, ngay phía sau vùng fontanelle vị trí bắt đầu ngang mức đuôi cuốn giữa và chạy dọc xuống cho đến khi chạm đến phần lưng cuốn dưới. Có thể sử dụng dao điện đơn cực để giảm chảy máu.
- Dùng bay chia độ nâng vạt niêm mạc.

**6.3. Bước 3:Xác định thần kinh mũi sau**

- Xác định mào sàng, động mạch bướm khẩu cái. Thần kinh mũi sau thường ở dưới động mạch bướm khẩu cái.

**6.4. Bước 4: Cắt/ đốt thần kinh mũi sau**

- Tách thần kinh mũi sau ra khỏi bao chung của động mạch bướm khẩu cái.
- Cắt hoặc đốt thần kinh mũi sau.
- Đặt lại niêm mạc, cầm máu, đặt các vật liệu cầm máu tự tiêu và không tự tiêu.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ chảy máu.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: xử trí tùy thuộc mức độ chảy máu.
- Khô mắt, giảm tiết nước mắt. Rất hiếm gặp. Xử trí: giữ ẩm cho mắt bằng nước mắt nhân tạo hoặc nước muối, tình trạng có thể cải thiện sau vài tháng từ khi phẫu thuật.
- Khô mũi: xịt nước muối và dưỡng ẩm vùng mũi.

### 7.3. Biến chứng muộn

- Dính niêm mạc hốc mũi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huang, B., et al.(2017). A study of the curative effect of endoscopic-assisted posterior nasal neurotomy on patients with moderate severe persistent allergic rhinitis.**31**(19),1501-1503.
2. Takahara, D., et al.,(2017). Management of intractable nasal hyperreactivity by selective resection of posterior nasal nerve branches.
3. Kamijo, A., et al.,(2013). Effect of posterior nasal neurectomy combined with the inferior turbinate surgery for Japanese cedar pollinosis.**62**(5),560-565.

# 226. ĐỐT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật đốt các hạt viêm thành sau họng bằng nhiệt.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Viêm họng mạn tính kéo dài gây kích thích viêm tái phát hoặc loạn cảm họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khít hàm.
- Viêm họng cấp.
- Viêm mũi xoang cấp và mạn tính.

## 4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em dưới 15 tuổi.
- Bệnh lý toàn thân chưa ổn định (ví dụ: suy tim, rối loạn đông máu, suy thận).

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 02 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc gây tê thấm niêm mạc (dạng xịt).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc.
- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Đèn trán.
- Bộ đốt họng điện.
- Đè lưỡi

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 0,5-1 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Bước 1

- Tư thế người bệnh: Người bệnh ngồi thẳng.
- Vô cảm: xịt tê vào thành sau họng.

### 6.2. Bước 2

- Đè lưỡi bộc lộ toàn bộ thành sau họng.
- Đốt họng hạt bằng nguồn nhiệt. Đốt từng hạt một dần cho đến hết. Khi thấy ở hạt đốt tạo 1 lớp giả mạc trắng do cháy lớp niêm mạc phủ lên hạt viêm là được.

### 6.3. Bước 3

- Kiểm tra thành sau họng.
- Chấm họng bằng thuốc sát khuẩn họng.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng: xử trí theo phác đồ dị ứng thuốc.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu: xử trí tùy mức độ.

### 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau họng do kích thích niêm mạc hầu họng. Hầu hết tác dụng này đều có thể tránh được bằng cách súc miệng bằng nước muối sinh lý sau khi chấm họng.
- Nuốt vướng do đốt sâu quá gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo thành sẹo xơ.
- Gây bỏng miệng, lưỡi.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh, kháng viêm
- Chảy máu: sau khi bong giả mạc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Tấn (1989) những phương pháp điều trị đại cương ở họng. *Tai mũi họng thực hành. Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố hồ chí minh.* tập 1, 194-196.

# 227. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HỌNG, MÀN HẦU BẰNG VẠT CƠ – NIÊM MẠC THÀNH SAU HỌNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Là một phẫu thuật giải quyết các khuyết tật vùng họng, màn hầu để hoàn thiện chức năng ngôn ngữ và chức năng màn hầu.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở vòm miệng.
- Rối loạn chức năng màn hầu.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính vùng họng màn hầu.
- Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định gây mê hồi sức.

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính toàn thân chưa ổn định (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng thuốc chống đông).
- Người bệnh có hội chứng ngưng thở khi ngủ.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 03 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Mũ, găng tay, khẩu trang.
- Băng gạc, chỉ khâu khác loại.
- Bộ phẫu thuật họng màn hầu.
- Bộ dao mổ điện.
- Hệ thống máy hút.

### 5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 02- 03 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Chuẩn bị tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu ngửa tối đa.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch vị trí phẫu thuật.

**6.1. Bước 1: Tạo vạt tổ chức sau họng**

- Tiêm tê tại chỗ và bóc tách niêm mạc thành sau họng, sát cân trước sống.
- Rạch niêm mạc, tổ chức dưới niêm mạc hình chữ U ngược, sâu tới sát cân trước sống, trên sát vòm, hai bên dọc theo trụ sau amidan xuống đến cực dưới amidan, bóc tách tạo vạt tổ chức có chân nuôi ở dưới.

**6.2. Bước 2: Giải quyết khe hở vòm miệng**

- Tiêm thuốc tê giữa hai lớp niêm mạc phía miệng và phía mũi.
- Rạch niêm mạc dọc theo bờ tự do của khe hở.
- Bóc tách giải phóng hai lớp niêm mạc.
- Khâu lớp niêm mạc phía mũi, tạo mặt nhám quay xuống phía miệng. Trường hợp khoang họng rộng, không có lưỡi gà, màn hầu thì rạch niêm mạc theo hình cung úp, bóc tách lật niêm mạc phía miệng xuống dưới.

**6.3. Bước 3: Khâu tổ chức sau họng**

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

**6.4. Bước 4: Cầm máu**

- Kiểm tra cầm máu kỹ.

**6.5. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở do phù nề vết mổ: xử trí dùng thuốc chống phù nề, khí dung.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: dùng kháng sinh phối hợp, phổ rộng.
- Bục vết khâu: xử trí khâu lại ngay hoặc nếu bục nhỏ để lại đến khi phẫu thuật thì 2 sẽ khâu.

**7.3. Di chứng**

- Rối loạn giọng.
- Rối loạn nuốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Jennifer LM, Arun KG, Chung K et al. (2018), Velopharyngeal Insufficiency. *Operative Techniques in Plastic Surgery*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, (14), 6430 - 6438.
2. Donald W, Buck II, Peter CN et al (2015), Clefts andOrthognathic Surgery.. *Review of Plastic Surgery*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, (6), 49-55.
3. Butterfield J, Pencek M, Sweitzer K, et al (2024). Superiorly Based Posterior Pharyngeal Flaps: Using A Care Pathway to Optimize Speech and Airway Outcomes. *Annals of Plastic Surgery*, 92(4S):S101.
4. Bộ Y tế, (2012).Phẫu thuật tạo hình họng - màn hầu bằng vạt cơ – niêm mạc thành sau họng. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tai mũi họng, 323-325.*

# 228. PHẪU THUẬT PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG PHỨC TẠP MIỆNG, HỌNG BẰNG VẠT CÂN CƠ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật phục hồi tổn thương phức tạp vùng miệng, họng bằng vạt cân cơ là phẫu thuật sử dụng vạt cân cơ lân cận (ví dụ vạt cân cơ thái dương, vạt cân cơ ngực lớn, vạt cân cơ thang, vạt da cân cơ dưới cằm) hoặc vạt tự do (ví dụ vạt đùi trước ngoài, vạt cẳng tay quay) để phục hồi tổn thương mất chất phức tạp vùng miệng, họng.

## 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất chất phức tạp vùng miệng, họng sau chấn thương.
- Tổn thương mất chất phức tạp vùng miệng, họng sau cắt bỏ khối u vùng miệng, họng (thường là ác tính).
- Tổn thương mất chất phức tạp vùng miệng, họng sau các nhiễm trùng, hoại tử nặng của vùng miệng, họng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương mất chất vùng miệng, họng do các nguyên nhân chưa kiểm soát được (ví dụ còn khối u ác tính, đang viêm nhiễm).

## 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân (ví dụ rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, hen phế quản) chưa kiểm soát được.
- Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử trí vết thương vùng miệng, họng.

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện

- Chính: 01 bác sĩ.
- Phụ: khoảng 05 bác sĩ và/hoặc điều dưỡng (có bao gồm điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng chạy ngoài).

### 5.2. Thuốc

Thuốc tiêm thấm có thành phần co mạch.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay, khẩu trang, mũ.
- Băng gạc.
- Chỉ khâu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ vi phẫu mạch máu.

- Bộ nội soi tai mũi họng.
- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống máy hút.
- Hệ thống dao điện.

**5.4. Người bệnh**

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

**5.5. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện đầy đủ đúng theo quy định của Bộ Y tế.

**5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Khoảng 4-5 giờ.

**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Phòng phẫu thuật tai mũi họng.

**5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh**

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

**6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Vô cảm: gây mê.
- Người bệnh nằm ngửa, tùy vị trí bị tổn thương mà đặt nghiêng đầu hoặc tư thế nằm ngửa đơn thuần sao cho bộc lộ được vị trí bị tổn thương và vùng lấy vạt.
- Tiêm thấm thuốc có thành phần co mạch tại chỗ.

**6.1. Bước 1**

- Kiểm tra tổn thương, loại bỏ dị vật, tổ chức dập nát, hoại tử.

**6.2. Bước 2**

- Đánh giá mức độ tổn thương. Tùy tổn thương mà có các phương án phẫu thuật như sử dụng vạt cân cơ lân cận (ví dụ vạt cân cơ thái dương, vạt cân cơ ngực lớn, vạt cân cơ thang, vạt da cân cơ dưới cằm) hoặc vạt tự do (ví dụ vạt đùi trước ngoài, vạt cẳng tay quay). Trong trường hợp sử dụng vạt tự do cần bộc lộ mạch nhận (ở vị trí tổn thương).

**6.3. Bước 3**

- Đo đạc vùng mất chất, vẽ, thiết kế vạt phù hợp.

**6.4. Bước 4**

- Tiến hành lấy vạt theo đường thiết kế.

**6.5. Bước 5**

- Khâu phục hồi hốc mổ đã lấy vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần), băng vết mổ.

**6.6. Bước 6**

- Khâu phục hồi tổn thương vùng miệng, họng bằng vạt đã lấy theo các lớp giải phẫu. Trong trường hợp sử dụng vạt tự do cần thực hiện nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu trước khi khâu phục hồi tổn thương.

**6.7. Bước 7:** Đặt dẫn lưu và đặt ống thông mũi dạ dày nếu cần.

**6.8. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* Lưu ý

- Nối mạch bằng kỹ thuật vi phẫu: thực hiện theo quy trình riêng.
- Nếu tổn thương khuyết hổng lớn, có nguy cơ chèn ép đường thở thì cần mở khí quản theo quy trình riêng.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Chảy máu: xử trí tùy theo mức độ.
- Tổn thương thần kinh ở vị trí lấy vạt: khâu nối ngay trong phẫu thuật nếu dứt rời thần kinh lớn.

### 7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Theo dõi sát sự sống của vạt đặc biệt trường hợp sử dụng vạt tự do dựa vào: màu sắc vạt, hồi lưu mạch máu, trương lực vạt, nhiệt độ vạt, chọc kim thăm dò vạt, siêu âm doppler mạch vạt.
- Chảy máu, tụ máu, tụ dịch vạt: xử trí tùy theo mức độ.
- Chảy máu, tụ máu vị trí lấy vạt: xử trí tùy theo mức độ.
- Khó thở: xử trí tùy theo mức độ.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vùng phẫu thuật: xử trí tùy theo mức độ, lưu ý có thể sót dị vật.
- Thiểu dưỡng vạt: xử trí theo mức độ.
- Hoại tử vạt: vạt đen dần, không thấy hồi lưu mạch, chọc kim thăm dò không có máu, siêu âm doppler mạch không có tín hiệu: mở lại hốc mổ kiểm tra.
- Tổn thương thần kinh ở vị trí lấy vạt: xử trí tùy theo mức độ.

### 7.3. Di chứng

- Sẹo lồi, sẹo xấu vị trí lấy vạt: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn nuốt: xử trí tùy theo mức độ.
- Rối loạn phát âm: xử trí tùy theo mức độ.
- Sẹo hẹp miệng, họng: xử trí tùy theo mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Brittany E.H., Richard E.H.,(2015). Flap Reconstruction: Local, Regional, and Free Tissue Design Principles. Mark L. C., Tessa A. H. *Facial surgery plastic and reconstruction*. Taylor and Francis Group, LLC. Vol 1, Part I, Chapter 5, p93-134.
2. Hanasono M M, Utley D s, Goode R L (2001). The temporalis muscle flap for reconstruction after head and neck oncologic surgery. The Laryngoscope, 111(10): 1719-1725.
3. Trần Thiết Sơn (2018). Vạt mạch xuyên. Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Nhà xuất bản Y học. 55-58.
4. Phạm Thị Việt Dung (2018). Phân loại vạt tổ chức. Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Nhà xuất bản Y học. 35-40.
5. Nguyễn Bắc Hùng (2018). Kỹ thuật vi phẫu cơ bản. Bài giảng Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Nhà xuất bản Y học. 273-276.