

MỤC LỤC

CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT	2
QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG	2
ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỬA	4
HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT	6
TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT	7
TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP	9
ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE	11
PHỤC HỒI CỘ RĂNG BẰNG COMPOSITE	13
ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI	15
PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỘC LỆCH HÀM TRÊN	18
PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH	20
PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỘC LỆCH CÓ CẮT THÂN RĂNG	22
NHỎ RĂNG VĨNH VIỄN	24
NHỎ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY	26
NHỎ RĂNG SỬA	28
PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỖI	30
PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI	32
PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ	34
CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG	35
CHÍCH RẠCH MÀNG NHỈ	35
ĐẶT ỚNG THÔNG KHÍ MÀNG NHỈ	36
PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỚNG THÔNG KHÍ MÀNG NHỈ	37
LẤY DỊ VẬT MŨI	39
NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC	41
NHÉT BẮC MŨI SAU	42
CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL	43
LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG	45
LẤY DỊ VẬT TẠI	47
SOI THANH KHÍ PHẪ QUẢN, CHẨN ĐOÁN VÀ LẤY DỊ VẬT	49
SOI THỰC QUẢN LẤY DỊ VẬT	50
CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN	53
CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG	54
NẮN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG	56
PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN	57
PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI	60
PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG TRÁN	62
PHƯƠNG PHÁP PROETZ	64
BỀ CUỐN MŨI	65
CHỌC RỬA XOANG HÀM	66
CẮT POLIP MŨI	68
PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGẮN MŨI	70
PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI	72
PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN BẰNG THÌA LA FORCE	74
PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ	75
PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG DÒ LUÂN NHỈ	77

CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật áp dụng trong dự phòng và điều trị các bệnh quanh răng, lấy đi các chất bám lên răng, bao gồm cao răng, mảng bám răng và các chất ngoại lai khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cao răng trên lợi.
- Cao răng dưới lợi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Viêm lợi miệng loét hoại tử cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện:

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Dụng cụ lấy cao răng.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Bột đánh bóng
- Dung dịch oxy già 3-4 thể tích....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết:

- Công thức máu, đông cầm máu
- Điện tim

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ nếu cần.
- Dùng các đầu lấy cao siêu âm làm rung và bật các mảnh cao răng ra khỏi bề mặt răng. Thực hiện theo trình tự sao cho lấy hết cao răng ở các mặt của tất cả các răng, cả cao răng trên lợi và cao răng dưới lợi.

- Dùng các cây lấy cao răng cầm tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy được.
- Sử dụng các mũi khoan tốc độ chậm phù hợp làm sạch các mảng bám , các chất ngoại lai và làm nhẵn bề mặt răng và chân răng, tạo điều kiện kiểm soát mảng bám răng.
- Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích....
- Đánh bóng bề mặt các răng và chân răng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau quá trình điều trị

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị nội nha răng sữa để bảo tồn răng trong các trường hợp có bệnh lý tủy răng, giữ răng đến tuổi thay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa viêm tủy.
- Răng sữa có tủy hoại tử
- Răng sữa viêm quanh cuống

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ
- Răng sữa viêm tủy có hồi phục.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị tủy
- Bộ cách ly cô lập răng....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị tủy răng sữa....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá lại tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm.

- Sát khuẩn.
- Nếu tủy răng còn sống thì vô cảm bằng gậy tê tại chỗ.
- Gây mê nếu cần.

3.2. Cách ly răng

Cần thiết sử dụng đám cao su (Rubber dam) để cách ly, cô lập răng.

3.3. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy tủy buồng và tủy chân bằng trâm gai
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng dụng cụ thích hợp
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy
- + Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.
- + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý hoặc oxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.
- Đưa paste vào các ống tủy cho đến hết chiều dài ống tủy bằng lentulo.
- Dùng bông lau khô phần paste thừa trên miệng ống tủy.

3.6. Hàn phục hồi

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA hoặc canxi hydroxit hoặc GIC...
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA hoặc canxi hydroxit ...
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: Lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp...

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống.

HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng bằng GIC với dụng cụ cầm tay.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng sâu ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhỏ.
- Người bệnh dị ứng với GIC.
- Tổn thương sâu sát tủy.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế hoặc bàn cho người bệnh nằm.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ dụng cụ hàn GIC.
- Bộ cây nạo ngà.
- Bộ cây vạt men....

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- GIC và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Làm sạch bề mặt răng.
 - + Dùng cây vạt men thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu
 - + Dùng cây nạo ngà thích hợp lấy mô ngà bệnh lý và hoại tử
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý
 - + Làm khô xoang hàn.

- + Đặt dung dịch conditioner vào xoang hàn trong 10 giây
- + Rửa sạch và làm khô xoang hàn.
- Hàn phục hồi
- + Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.
- + Phủ dầu cách ly, dàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy theo quy trình chụp tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy : Điều trị tủy.

TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đị ứng với GIC.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn bề mặt răng:

+ Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.

+ Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

+ Đặt dung dịch Conditioner vào hố rãnh trong 10 giây.

+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

+ Đặt GIC vào một phía của hố rãnh, miết nhẹ với lực vừa đủ để GIC tràn đầy hố rãnh.

+ Tạo hình bề mặt theo hình thể giải phẫu răng.

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

+ Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đối ứng với Composite.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trám.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Composite và vật liệu kèm theo....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn bề mặt răng:

- + Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
- + Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.
- + Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.
- + Làm khô.
- + Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây

+ Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

+ Đặt Composite vào một đầu của hố rãnh với 1 lực vừa đủ để Composite tràn đầy hố rãnh.

+ Chỉnh sửa bề mặt trám bít.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp trong 20-30 giây.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Composite.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa ảnh hưởng đến tủy. Điều trị sâu ngà răng phải phục hồi lại mô cứng và bảo vệ tủy răng.
- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu ngà răng sữa.
- Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại dây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện...

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc và vật liệu bảo vệ tủy
- Composite và vật liệu kèm theo
- Chỉ co sợi,...

2. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.

3. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.

- + Dùng mũi khoan thích hợp để làm sạch mô ngà hoại tử.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- Hàn lớp bảo vệ tủy:
- + Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA... 1 lớp dưới 1mm.
- + Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.
- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:
- + So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
- + Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.
- + Rửa sạch xoang hàn.
- + Làm khô xoang hàn.
- + Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
- Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị
Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.
2. Sau quá trình điều trị
 - Viêm tủy: điều trị tủy
 - Tủy hoại tử: điều trị tủy.
 - Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi lại tổn thương mô cứng ở cổ răng bằng Composite.
- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu cổ răng (lỗ sâu loại V).
- Tổn thương mô cứng ở cổ răng không do sâu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với Composite.
- Răng có tổn thương sâu cổ răng sát tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ hàn composite.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Chỉ co lợi.
- Composite và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Đặt chỉ co lợi.
- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.

- + Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.
- Hàn lớp bảo vệ tủy:
- + Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA... 1 lớp dưới 1mm.
- + Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.
- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:
- + So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
- + Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.
- + Rửa sạch xoang hàn.
- + Làm khô xoang hàn.
- + Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
- + Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
- + Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị
Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.
2. Sau quá trình điều trị
 - Viêm tủy : điều trị tủy
 - Tủy hoại tử: điều trị tủy.
 - Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị lại tủy răng đã được điều trị nội nha nhưng không đạt và có biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm quanh cuống đã điều trị tủy.
- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng sửa đến tuổi thay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...
- Dụng cụ tháo chất hàn cũ:
 - + Dụng cụ tháo cầu chụp
 - + Bộ sửa soạn đường vào ống tủy: mũi khoan các loại
 - + Máy lấy cao răng P5 và đầu siêu âm nội nha
 - + Bộ trâm điều trị lại.
- 2.2. Thuốc và vật liệu:
 - Thuốc tê
 - Thuốc sát khuẩn
 - Dung dịch bơm rửa ống tủy
 - Vật liệu điều trị nội nha...
 - Vật liệu làm tan chất hàn cũ: Eugenate desobturator, Resin remove ...

3. Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy và vùng cuống răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại bỏ chất hàn cũ:

- Tháo bỏ phục hình cũ (nếu có).
- Lấy bỏ chất hàn ở buồng tủy.
- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy:
 - + Dùng dụng môi làm mềm chất hàn.
 - + Tháo bỏ chất hàn cũ bằng dụng cụ thích hợp.
 - + Bơm rửa.
 - + Đặt thêm chất làm tan mới và lặp lại quy trình trên cho đến hết chất hàn cũ trong lòng hệ thống ống tủy.

3.2. Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

- Xác định chiều dài làm việc của ống tủy: Dùng máy đo chiều dài hoặc dựa trên Xquang.
- Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.
- Sử dụng các file tạo hình ống tủy (cầm tay hoặc máy) để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
- Làm sạch hệ thống ống tủy bằng cách bơm rửa với các dung dịch : nước muối sinh lý, ôxy già 3thể tích, Natri hypochlorid 2,5-5%...
- Chọn, thử côn gutta-percha chính: Chọn 1 côn gutta-percha chuẩn có đường kính phù hợp với file lớn nhất đã tạo hình đủ chiều dài làm việc của ống tủy
- Kiểm tra chiều dài của hệ thống ống tủy trên Xquang.

3.3. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
 - + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
 - + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
 - + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
 - Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
 - + Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
 - + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
 - + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
 - + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
 - + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
 - + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
 - + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
 - Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lắp lại các bước đặt và lên Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.4 Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn hàm trên mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhỏ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Kim bẫy thích hợp

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Điện tim

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.

- + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cẩn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn hàm dưới mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn hàm dưới mọc lệch .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhỏ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kim và bẫy thích hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu cầm máu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật

4. Hồ sơ bệnh án:

Chuẩn bị đầy đủ theo đúng quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng lệch.

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Điện tim

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc.

- + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng cần nhổ
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cẩn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỘC LỆCH CÓ CẮT THÂN RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật trong các trường hợp răng khôn mọc lệch cần cắt thân răng để lấy răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kim và bẫy thích hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc gây mê.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu ghép.
- Kim, chỉ khâu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng mọc lệch.
- Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Điện tim

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- **Phẫu thuật lấy răng khôn lệch:**

+ Tạo vạt:

* Rạch niêm mạc màng xương.

* Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ vùng xương ổ răng

+ Mở xương: dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng khôn lệch.

+ Cắt thân răng: Dùng mũi khoan cắt ngang qua cổ răng hoặc thân răng để lấy bỏ phần thân răng sao cho phần còn lại có thể lấy dễ dàng ra khỏi ổ răng.

+ Lấy phần thân ra khỏi huyết ổ răng.

+ Lấy phần chân răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

+ Kiểm soát huyết ổ răng.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng phần mềm.

+ Cấn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng vĩnh viễn có chỉ định nhổ là tình trạng thường gặp trên lâm sàng để loại bỏ các răng bệnh lý không thể điều trị bảo tồn được hoặc để điều trị nắn chỉnh các răng lệch lạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các răng có bệnh quanh răng nặng không thể điều trị bảo tồn được.
- Các răng sâu mất nhiều mô cứng không còn khả năng bảo tồn.
- Các răng lung lay quá mức không điều trị bảo tồn được.
- Các răng thừa.
- Răng mọc lạc chỗ
- Các răng bị chấn thương mất mô cứng vùng thân răng hoặc gãy chân răng không điều trị bảo tồn được.
- Các răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Điện tim

Phim Xquang xác định tình trạng răng mọc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.
- Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
- Cầm máu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.
- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

2. Sau khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân.

NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhổ răng vĩnh viễn lung lay để loại bỏ các răng không còn chức năng ăn nhai hoặc loại bỏ các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trong khoang miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lung lay quá mức không còn chức năng ăn nhai
- Răng có bệnh lý vùng quanh răng không còn khả năng điều trị bảo tồn
- Các trường hợp sang chấn không có chỉ định bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc
- Dùng kim phù hợp lấy răng ra khỏi huyết ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng
- Cầm máu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

NHỔ RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị nhổ bỏ răng sữa, tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc đúng thời kỳ sinh lý và vị trí trên cung hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa đến tuổi thay.
- Răng sữa gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: gương, gắp....
- Bộ dụng cụ nhổ răng sữa....

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Băng, gạc vô khuẩn....

3. Người bệnh

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng sữa và mầm răng vĩnh viễn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Nhổ răng:

+ Tách lợi.

+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyết ổ răng.

- Cẩn gạc cầm máu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh lưỡi là kỹ thuật cắt và sửa chữa phanh lưỡi bám bất thường gây cản trở vận động của lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở vận động của lưỡi
- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở điều trị nắn chỉnh răng.
- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở đeo hàm tháo lắp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh lưỡi cần phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch và cắt phanh lưỡi:

+ Người phụ nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi thẳng góc với trục của lưỡi.

+ Phẫu thuật viên dùng dao cắt ngang qua phanh lưỡi .

- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động bình thường.

- Khâu phục hồi.

Lưu ý : Trong một số trường hợp khó, cần gây mê để cắt phanh lưỡi theo đường rạch hình chữ Z để tăng tối đa khả năng vận động của lưỡi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật:

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh môi là kỹ thuật cắt và sửa chữa phanh môi bám bất thường gây trở ngại vận động của môi, gây lệch h lệch răng, co kéo nếp niêm mạc bờ gây viêm nếp niêm mạc, và trở ngại đeo hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại vận động của môi.
- Phanh môi bám bất thường gây khe thưa răng cửa.
- Phanh môi bám bất thường làm co kéo nếp niêm mạc bờ gây viêm nếp niêm mạc hoặc co nếp niêm mạc.
- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại đeo hàm giả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh môi cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch và cắt phanh môi:

+ Người phụ nâng môi lên làm căng phanh môi sao cho bờ trước phanh môi thẳng góc với trục của môi.

- + Phẫu thuật viên dùng dao cắt ngang qua phanh môi .
- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh môi sao cho đủ để môi vận động bình thường.
- Khâu phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu.

PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh má là kỹ thuật cắt và tạo hình lại dải niêm mạc đi từ niêm mạc má tới nếp niêm mạc mà có ảnh hưởng tới sự bám dính của hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc ảnh hưởng tới bám dính của hàm giả.
- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc là nguyên nhân của tổn thương mô quanh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh má cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ.
- Bộc lộ và cắt phanh má:
 - + Bộc lộ và làm căng phanh má định phẫu thuật.
 - + Dùng dao cắt đường ngang, vuông góc với phanh má.
 - + Bóc tách, bộc lộ và cắt đứt ngang dải xơ.
- Khâu niêm mạc má và nếp niêm mạc:
 - + Tách hai bờ đường cắt.

+ Khâu niêm má và nếp niêm mạc theo chiều dọc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG

CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ

ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch màng nhĩ là thủ thuật nhằm dẫn lưu dịch hoặc mủ trong hòm nhĩ chảy ra

CHỈ ĐỊNH

Viêm tai giữa cấp mủ hoặc đã vỡ mủ nhưng lỗ thủng quá nhỏ không đủ để dẫn lưu.

Viêm tai ứ dịch

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nghi có u cuộn cảnh.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

Phương tiện

Dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

Dao chích rạch màng nhĩ.

Người bệnh

Người lớn và trẻ lớn: Ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.

Trẻ bé: dùng khăn quấn chặt một người bế, một người giữ.

CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH

Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.

Tay trái đặt ống soi tai xác định rõ vị trí màng tai.

Tay phải cầm dao chích nhĩ rạch một đường dài 2-3mm ở $\frac{1}{4}$ sau dưới màng nhĩ dọc theo đường rìa, giữa cán búa và khung nhĩ, mũi dao chỉ rạch màng nhĩ không đi sâu làm tổn thương đến thành trong (trong sau) sau hòm nhĩ. Rạch xong có dịch mủ chảy ra: Lau và hút sạch dịch

Đặt tente (miếng gạc nhỏ được gấp nhọn một đầu) tẩm dung dịch kháng sinh(Chloramphenicol) vào ống tai ngoài, đầu tente chạm vào màng nhĩ để dẫn lưu. Rút tente sau 24h, nếu còn dịch mủ đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chích rạch sai vị trí có thể gây ra:

Tổn thương xương con.

Tổn thương cửa sổ tròn.

ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ

ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông khí màng nhĩ là thủ thuật đặt ống thông khí để tạo sự cân bằng áp lực bên trong và bên ngoài hòm tai.

CHỈ ĐỊNH

Viêm tai thanh dịch.

Tắc vòi nhĩ do V.A.

Tắc vòi nhĩ do u vòm mũi họng (như K vòm).

Viêm tai giữa, lỗ thông quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cần nhắc trong trường hợp bệnh nhân có bệnh nội khoa đi kèm.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng trở lên.

Phương tiện

Kính hiển vi phẫu thuật hoặc đèn gắn kính lúp.
Dao chích rạch màng nhĩ.
Ống thông khí màng nhĩ
Ống soi tai thích hợp.
Ống hút các cơ (vi phẫu).
Kẹp vi phẫu thẳng.
Que nhọn vi phẫu.
Người bệnh
Trẻ em: gây mê.
Người lớn: có thể gây tê cục bộ

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Khử trùng ống tai và màng nhĩ.
Chích rạch màng nhĩ.
Hút sạch trong hòm tai qua lỗ thông.
Đặt ống thông khí qua lỗ chích rạch.
Đặt tente tẩm thuốc sát khuẩn vào ống tai.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Cần theo dõi trong tuần đầu để kiểm tra tình trạng của ống thông khí, nếu có nhiều dịch cần hút sạch.
Ống thông khí có thể đặt từ 6 tháng đến 1 năm.
Trong thời gian đặt ống tránh để nước vào tai.
Rút ống thông: cần kiểm tra thính lực và kiểm tra ống thông.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tụt ống thông khí: cần đặt lại qua các bước như trên. Nếu tụt vào trong hòm tai: giải phóng màng nhĩ để lấy ra.
Điếc tiếp nhận: Thường do thì chích rạch thô bạo và không đúng vị trí. Trật khớp xương con: phải phẫu thuật đặt lại.
Viêm tai sau đặt ống: chỗ đặt ống không liền, gây thủng màng nhĩ, cần cho kháng sinh toàn thân và làm thuốc tai.
Tắc ống thông khí: cần được kiểm tra dưới kính hiển vi, hút và làm sạch nút tắc khỏi lỗ thông.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ

ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông khí màng nhĩ là một phẫu thuật can thiệp màng nhĩ nhằm đảm bảo sự thông khí và dẫn lưu dịch trong hòm tai trong trường hợp có hiện tượng rối loạn chức năng vòi nhĩ.

Phẫu thuật này chỉ được coi là giải pháp tạm thời cần phải phối hợp với các biện pháp điều trị nguyên nhân.

CHỈ ĐỊNH

Viêm tai thanh dịch.

Tắc vòi nhĩ do V.A.

Tắc vòi nhĩ do u vòm mũi họng (như K vòm).

Viêm tai giữa, lỗ thông quá nhỏ không đủ dẫn lưu dịch.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng.

Phương tiện

Ống nội soi 0° dài 18cm, loại 4mm đường kính dành cho người lớn, loại 2,7mm dành cho trẻ em.

Nguồn sáng, camera.

Bộ dụng cụ vi phẫu: 1 kẹp phẫu tích thẳng, 1 que nhọn, 1 dao chích màng nhĩ, 1 bộ ống hút vi phẫu.

Ống thông khí màng nhĩ: từ 1 đến 2 chiếc (trên 12 tuổi dùng ống có đường kính 1,27 mm, dưới 12 tuổi dùng ống có đường kính 1,14mm).

Bơm tiêm gây tê.

Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1 ống.

Người bệnh

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

Hồ sơ bệnh án

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

Đo thính lực, nhĩ lượng.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đặt ống nội soi vào ống tai, chỉnh cho màng nhĩ nằm đúng hướng và chính giữa màn hình.

Gây tê da ống tai: gây tê kiểu tiêm thấm dưới da sao cho da sát ống tai đến sát màng nhĩ chuyển sang màu trắng mag không được phồng rộp.

Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5 – 2 mm tùy loại ống thông khí.
Đặt ống thông khí qua lỗ chích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

THEO DÕI

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

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến lúc mổ

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

Tai biến sau mổ

Tịt ống thông khí: nếu vẫn còn dịch thì cần đặt lại.

Tắc ống thông khí: nội soi hút sạch chất bít tắc.

Viêm tai mũ: do khâu vô khuẩn lúc đặt ống không đảm bảo hoặc do viêm mũi họng cấp hoặc do dị ứng ống thông khí. Đối với trường hợp này phải điều trị bằng cách làm thuốc tai và rửa thuốc tại chỗ đồng thời điều trị nguyên nhân.

Tai biến muộn

Điếc tiếp nhận: hiếm gặp, hiện nay chưa giải thích được nguyên nhân.

Cholesteatoma sau mổ do lopws biểu bì màng nhĩ cuộn vào: xử trí bằng cách rút ống, mở hòm nhĩ lấy sạch bằng bệnh tích và vá nhĩ.

LẤY DỊ VẬT MŨI

ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng.

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

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

CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai – Mũi - Họng.

Phương tiện

Bộ khám mũi và lấy dị vật.

Bông, bác để có thể phải nhét bác hoặc merocel.

Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

Máy hút.

Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế người bệnh

Người lớn: ngồi trên ghế.

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

Vô cảm

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

Kỹ thuật

Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.

Dị vật để lâu, khó lấy:

+Cố định đầu bệnh nhân cận thận.

+ Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

+Đặt vào mũi bác có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.

+ Nhỏ 1 -2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

+Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

+Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bác mũi trước hay không.

Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argryrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần.

Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.

Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng.

Điều dưỡng hỗ trợ.

Phương tiện

Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

Nguồn sáng (đèn Clar).

Máy hút.

Bác gập băng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.

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

Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

Được kiểm tra mạch, huyết áp.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV. **CÁC**

BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

Tư thế

Người bệnh nằm đầu hơi ngửa ra sau.

Kỹ thuật

Hút máu đông trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu.

Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm vững và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi

đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.
Đè lưỡi kiểm tra xem còn chảy máu xuống họng không.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIÊN

Theodõi

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

Xử trí

Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật, dùng thuốc an thần, trợ tim mạch.

Tuột bác xuống họng do không làm võng hoặc không chặt: nhét lại bác, chú ý làm võng hoặc nhét chặt ngay từ đầu.

Sau khi nhét máu vẫn chảy: kiểm tra hốc mũi bên kia xem có chảy máu không, kiểm tra lại xem nhét bác có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theo chảy máu mũi sau phải nhét bác mũi sau.

NHÉT BÁC MŨI SAU

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Bộ dụng cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.

Nguồn sáng (đèn Clar).

Máy hút.

Cuộn gạc chặt kích thước 2 cm đường kính chiều ngang 3 – 3,5cm có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lạnh to, bác mũi hoặc merocel.

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

Người bệnh

Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.

Kiểm tra mạch, huyết Kiemtramach, huyetáp.

Hồ sơ bệnh án

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV.

Vô cảm

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

Tư thế

Người bệnh nằm đầu hơi ngửa ra sau.

Kỹ thuật

Hút máu đông ở 2 bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.

Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng kéo qua mồm bằng kim Kocher.

Buộc 2 trong số 4 đầu chỉ của cuộn bắc đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầu ống sonde.

Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải đẩy cuộn bắc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.

Nhét bắc mũi trước bêm chảy máu hoặc merocel.

Cố định cuộn bắc bằng cách buộc 2 đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.

Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.

Kiểm tra họng còn chảy máu không.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Mạch, huyết áp, choáng.

Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

Giảm đau, cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.

Rút bắc sau 48 giờ.

Xử trí

Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ cho người bệnh, dùng thuốc an thần, trợ tim.

Sau khi nhét, máu vẫn chảy: có thể vì cuộn bắc quá nhỏ hoặc nhét không chặt phải nhét lại.

CÀM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL

ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

Phương tiện

Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng thông thường (nội soi nếu có).

Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.

Xylanh05ml:01cáidùng1lần.

Nước muốiisinhlý:01chai.

Bìnhphunthuocêtạichỗ.

Ốnghút,máyhút.

Người bệnh

Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.

Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.

Được giải thích về thủ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của bộ y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Kiểm tra người bệnh

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

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

Kỹ thuật

Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.

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

THEODÔI

Cho kháng sinh, giảm viêm 05 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

XỬ TRÍ TẠI BIẾN

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

LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý về cột sống hoặc há miệng hạn chế.

Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

Phương tiện

Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.

Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (opticque) 70* hoặc 90* (nếu có).

Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20cm) kèm theo ống hút.

Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

Người bệnh

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

Hồ sơ bệnh án

Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần can thiệp gây mê). Chụp X-quang(CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu(trong trường hợp cần gây mê).

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, Xquang (nếu có)

Kiểm tra người bệnh

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

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm

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

Tư thế người bệnh

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

Kỹ thuật

Soi gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

Người bệnh ngồi.

Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.

Gắp dị vật bằng kìm Frabkael

Soi gắp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.

Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.

Gắp dị vật bằng kìm gắp dị vật hạ họng.

THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

XỬ TRÍ TẠI BIÊN

Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ (nếu cần).

Điều trị tràn khí (nếu có).

Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

LẤY DỊ VẬT TẠI

ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Bộ dụng cụ lấy dị vật.

Nước ấm (khoảng 37 – 38 * C).

Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Dị vật hạt

Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

Dị vật khó lấy:

+ Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.

+ Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.

+ Dùng nước ấm 37* bơm vào thành trwn của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

+ Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.

+ Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rách tai sau rồi lấy ra dị vật.

Dị vật sống

Phải làm chết dị vật mới lấy ra.

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

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

Nếu làm xây sát, chảy máu: phải đặt bấc thấm dầu + kháng sinh.

Thuốc giảm đau cho người bệnh.

Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá nhĩ.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.

Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

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

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

Dị vật đường thở

Ho ra máu.

Dẫn phế quản.

Cắt hạt xơ, polip dây thanh âm.

Bám sinh thiết khối u ở thanh quản để chẩn đoán.

Nấm phế quản.

Viêm phế quản mãn.

U phế quản, khí quản.

Khó thở sau phẫu thuật.

Chấn thương thanh khí quản (soi bằng ống mềm).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ chối soi.

Suy tim nặng.

Laophổđangtiếntriển.

Dẫn quai động mạch chủ thì chống chỉ định nội soi bằng ống cứng.

Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

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

Người bệnh

Khám toàn thân.

Làm các xét nghiệm cơ bản máu, nước tiểu, chụp phổi. Trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.

Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi, sáng hôm soi nhịn ăn uống, lấy mạch, nhiệt độ.

Giải thích trước soi và ký cam đoan thực hiện kỹ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có thể gây mê hoặc gây tê.

Đưa ống soi bào thanh quản.

Đưa ống soi vào khí quản.

Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.

Nếu thấy dị vật dùng kẹp gấp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật).

Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

THEODÕI

Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.

Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong khi soi

Dị ứng các thuốc gây mê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sock phản vệ.

Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh khí quản. Khi bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật cho người bệnh thở oxy, khi có co thắt tiêm thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.

Phản xạ ngừng tim đột ngột.

Chảy máu: cầm máu tại chỗ.

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

Sau khi soi

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

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

SOI THỰC QUẢN LẤY DỊ VẬT

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ có bệnh thực quản.

Dị vật thực quản

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ chối soi.

Lao cột sống cổ.

Bị nhiễm trùng cấp, viêm thực quản cấp, áp xe thực quản cổ, áp xe trung thất (do dị vật)

Cao huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim.

Phòng quai động mạch chủ.

Bỏng thực quản giai đoạn choáng.

Khít hàm.

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

Bộ ống soi thực quản cứng hoặc mềm (gồm nguồn sáng, dây dẫn và ống soi).

Máy hút, ống hút.

Kẹp sinh thiết hoặc gắp dị vật.

Oxy.

Người bệnh

Khám toàn thân.

Làm xét nghiệm cơ bản, chụp thực quản bằng cản quang hoặc cổ nghiêng.

Cho người bệnh uống thuốc an thần tối trước khi soi.

Nhịn ăn, uống trước soi 2 giờ.

Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan làm kỹ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Gây tê niêm mạc hoặc gây mê nội khí quản.

Tìm sụn nắp thanh quản, vén nắp thanh thiệt đi sau 2 sụn phổi.

Đặt ống soi qua miệng thực quản, soi thực quản cố tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương. Soi thực quản tìm dị vật hoặc đánh giá tổn thương.

Vượt qua eo cơ hoành.

Rút ống soi ra từ từ, kiểm tra lại.

THEODÕI

Trong khi soi: mạch, nhịp thở, huyết áp, màu sắc da và niêm mạc.

Theo dõi sau soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong khi soi

Phản xạ co thắt thanh quản đối với trường hợp gây tê.

+Dự phóng bằng gây tê thật tốt thanh quản, họng, hạ họng.

+ Khi bắt đầu xuất hiện dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy; khi còn có co thắt thực sự tiêm ngay thuốc dẫn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.

Khó thở do dị vật to hay ở trẻ gây chèn ép: ngừng soi cho gây mê dẫn cơ, đặt nội khí quản sau đó soi thực quản.

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

Chảy máu: da rách, thủng thực quản, cầm máu tại chỗ, theo dõi mạch, huyết áp.

Nếu cần truyền máu hồi sức, gửi ngoại khoa.

Sau khi soi

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

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

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

CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hoá mủ.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Đèn Clar, gương trán ...

Đè lưỡi khuỷu.

Bơm tiêm 5 – 10 ml và kim chọc dò to.

Dao chích nhọn mũi.

Kìm Lube-Bachông.

Máy hút.

Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông cầm máu cơ bản.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

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

Tư thế

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

Kỹ thuật

Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng to nhất ở trên trước, sâu khoảng 1 cm.

Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.

Dùng kìm Lube-Bachông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.

Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Kháng sinh toàn thân.

Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.

Làm thuốc hàng ngày: dùng kèm Lube-Bacbông banh rộng vết rạch, rửa ổ áp xe.

Chỉ định cắt amidan sau 3-4 tuần để đề phòng tái phát.

Xử trí

Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh về thủ thuật, dùng thuốc trợ tim, trợ lực, an thần...

Chảy máu ít: dùng bông tẩm dung dịch oxy già 12 đơn vị đặt vào vết rạch.

CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

Các áp xe thành sau họng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Nguồn sáng (đèn Clar...).

Bơm tiêm 10 – 20 ml và kim to.

Máy hút.

Đè lưỡi khuỷu.

Dao chích nhọn mũi.

Người bệnh

Được quần chặt bằng khăn mỏ.

Hồ sơ bệnh án

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông cầm máu cơ bản.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

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

Tư thế

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

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

Kỹ thuật

Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.

Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5 mm, hút bớt mủ cho áp xe xẹp lại, người bệnh sẽ dễ thở hơn.

Dùng dao nhọn chích theo chỗ chọc dò theo chiều trên dưới dài 5mm.

Hút sạch mủ.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Ngạt thở, choáng.

Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.

Khám lại họng hàng ngày, nếu cần thiết phải banh rộng vết chích và hút mủ.

Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

Xử trí

Đè lưỡi quá thô bảo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho người bệnh thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút mủ.

Khi chích, mủ trào ra nhiều vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân dốc ngược xuống.

NẪN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên, người phụ thứ hai giữ đầu.

Phương tiện

01 cặp khuỷu.

01 bay to và đủ cứng, kim nâng sống mũi cuốn (Asch-Walsham).

01 soi mũi.

02bát đựng thuốc sát trùng và gâytê.

Khăn, bác nhét mũi có tấmdầu.

Gạc có tấmbột thạch cao hoặc nhựa bột (nhựa nhanh cứng).

Ống hút và máyhút.

Người bệnh

Chụp phim Blondeau, Hirtz, mũi nghiêng (tia mềm hơn).

Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước. Thông thường xử trí chấn thương gãy xương chính mũi là gâytê tại chỗ. Tấmmột đoạn bác có tấmdung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hòm mũi hai bên.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có thể gâytê tại chỗ hoặc gâymê.

Đôi với gâykín

Đặt bác có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên, sau 10 phút rút ra.
Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.
Rút bác ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay qua lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gãy về vị trí cũ.
Nhét một bác có thấm dầu paraffin lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại.
Nếu bên kia cũng gãy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bác phải chỉnh lại vách ngăn cân đối. Làm một mảng bằng bột thạch cao và gạc ra phía ngoài (hoặc nhựa) theo khuôn cửa mũi để đỡ khung cho mũi. Nẹp bột này được giữ 1 tuần rồi bỏ ra, rút bác mũi sau 2 ngày.
Đối với xương chính gãy hở.
Phải xếp lại xương gãy về vị trí cũ.
Độn gạc giữ phía bên trong mũi.
Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ da.
Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

THEO DÕI

Dùng kháng sinh toàn thân, nhỏ mũi bằng Argryol3%.
Nếu gãy hở, bản cần tiêm SAT.
Làm thuốc mũi: hút dịch, khí dung mũi, luôn không để dính.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: nhét lại bác cho chặt.
Xương không liền tốt, can xấu: Đập can, nắn lại.
Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.
Viêm xoang do ứ đọng.

PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

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

Dị vật thanh quản, khí quản, hạ họng.

U hạ họng, thanh quản, u tuyến giáp chèn ép vào trong lòng khí quản.

Viêm thanh quản bạch hầu, viêm thanh thiệt, viêm toàn bộ thanh quản phù nề, dị ứng.

Chấn thương cổ và thanh quản.

Liệt cơ mở thanh quản, uốn ván gây co thắt bất thường.

Bại liệt thể hành não.

Mở khí quản để phòng ngừa trước trong những phẫu thuật lớn lên vùng cổ mặt.

Mở khí trong trường hợp phải hồi sức thở máy lâu dài.

Seo hẹp thanh khí quản. Tổn thương từ bên ngoài chèn vào đường thở như u, viêm nhiễm trên sụn thanh khí quản gây xẹp thanh khí quản.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

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

Người bệnh

Được chuẩn bị chu đáo theo quy định.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Vô cảm

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

Tư thế

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

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

Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da

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

Thì 2: Tách cơ

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

Thì 3: Bộc lộ khí quản

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

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

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

Thì 5: Đặt ống canuyn khí quản

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

Thì 6: Khâu da

Khâu da trên và dưới vài mũi

Thì 7: Buộc băng

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

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Mùa lạnh để bệnh nhân nằm buồng ấm, thoáng.

Phải sử dụng máy hút và ống cao su nhỏ để hút đờm dãi khi xuất tiết.

Ngày 2 – 3 lần nhẹ nhàng lấy ống thông trong ra rửa sạch, sát khuẩn rồi lắp lại tránh tắc. Thay yếm khi bị bẩn.

Khi nào bệnh khỏi, thở đường trên được thì rút ống. Trước khi rút ống cho thuốc an thần hay thuốc ngủ.

Phải buộc băng đỡ hoặc kẻ chữ mới rút ống thông ở đầu giường bệnh nhân. Chuẩn bị một bộ ống thông sẵn đặt ngay đầu giường người bệnh khi cần đặt lại không lúng túng.

Xử trí

Chảy máu:

+ Chạm vào những mạch máu: kẹp buộc lại.

+ Chạm vào tuyến giáp chảy máu: khâu lại.

+ Mở khí quản lâu do loét, canuyn cọ chảy máu niêm mạc dễ cầm. Nếu chảy máu lớn vì vỡ các mạch máu cổ thì cần phải mở ra và kẹp buộc lại.

– Tràn khí:

+ Tràn khí nhẹ dưới da: cần cắt bớt chỉ đã khâu.

+ Tràn khí rộng: phải cầm kim cho thoát khí.

+ Tràn khí màng phổi: phải hút liên tục để hồi sức, thở hco tốt.

– Đôi khi mở tốt rồi, toàn bộ hệ thống đường thở co thắt, nếu ta bóp bằng mag chống lại bóng thì phải chống co thắt, thậm chí phải gây mê giãn cơ có máy thở hỗ trợ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÀM MÁU MŨI

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Bộ nội soi có màn hình.

Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.

Kẹp khuỷu.

Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.

Bác, thuốc co mạch (ephedrin 1%o, oxymetaxolin 0,5%o hoặc 1 %o).

Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

Người bệnh

Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.

Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.

Tìm nguyên nhân chảy máu.

Hồ sơ bệnh án

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Kiểm tra người bệnh

Kỹ thuật

Tư thế

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

Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

Kỹ thuật

Thì 1:

Rút bấc trong mũi nếu có.

Thì 2:

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

Thì 3:

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

Đánh giá tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe – sàn mũi, vòm.

Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.

Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

Kiểm tra lại hốc mũi.

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

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.

Rút merocel sau 3 – 6 ngày tùy từng người bệnh.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu lại.

Choáng ngất.

Nhiễm khuẩn mũi xoang.

Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu. Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như huyết áp cao, chấn thương.

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG XOANG TRÁN

ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương xoang trán gồm 2 loại:

+ Chấn thương kín.

+ Chấn thương hở.

Chấn thương xoang trán có thể kèm theo tổn thương não, màng não và trong một số trường hợp cần phối hợp với phẫu thuật thần kinh.

CHỈ ĐỊNH

Vỡ xoang trán hở.

Vỡ nát hoặc lún thành trước xoang trán.

Vỡ lún thành sau của xoang trán.

Vỡ xoang trán có thể chảy nước não tủy.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật xoang trán qua đường ngoài.

Khoan điện và mũi khoan các cỡ.

Chỉ thép không rỉ, nẹp vít kết hợp xương.

Thuốc: kháng sinh liều cao, loại ngấm qua màng não hoặc truyền tĩnh mạch để ngăn ngừa tai biến não và màng não.

Người bệnh

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

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

Hồ sơ bệnh án

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

Hình ảnh điện quang cần có:

+ Phim sọ nghiêng, Blondeau – Hitz.

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

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật

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

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

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

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

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

* *Gãy lún thành trước xoang trán:*

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

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

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

+ Đặt ống dẫn lưu mũi trán.

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

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

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

+Các thì phẫu thuật phần mềm như trên.

+ Mở vào xoang trán.

+ Rửa sạch xoang và lấy hết niêm mạc xoang.

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

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

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

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

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

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong thủ thuật

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

Sau phẫu thuật

Chảy máu mũi hoặc dịch não tủy.

Theo dõi các triệu chứng màng não.

Theo dõi và rửa thông mũi trán.

Thời gian rút ống mũi trán sau khoảng 2 -3 tháng.

PHƯƠNG PHÁP PROETZ

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

– Dụng cụ:

+ kẹp khuỷu

+2 bơm tiêm (5ml lấy thuốc và bơm tiêm 10ml lấy nước muối sinh lý).

+ Máy hút

+ Ampu

– Thuốc: thuốc co mạch (oxymetaxolin hay naphaxolin).

Người bệnh

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.

Tư thế: người bệnh nằm ngửa tối đa.

Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kê kê kê để buồm hàm đẩy kín đường xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và xuất tiết.

Sau đó bơm khoảng 1ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng. Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

BẰNG CUỐN MŨI

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi bị vữa.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Dụng cụ:

- + Kéo cong to bản đầu tù hoặc đầu tà to bản.
- + Bánh mũi.
- + Nguồn sáng đèn trán (đèn Clar, đèn trán).
- + Que bông, bác, bông y tế.

Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 – 10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỉ lệ 1:20.000).

Người bệnh

Được giải thích kỹ về bệnh và các bước tiến hành thủ thuật.

Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).
Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

Vô cảm

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

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

Kỹ thuật

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

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

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

THEO DÕI

Chảy máu.

Shock do thuốc, do đau

Nhiễm khuẩn.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Shock: chống shock.

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

CHỌC RỬA XOANG HÀM

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.

CHỈ ĐỊNH

Viêm xoang ứ mủ mãn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.

Chọc thăm dò để chẩn đoán.

CHÔNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

Viêm xoang cấp.

Viêm xoang polip quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.

Dị dạng xoang.

Người bệnh có bệnh về máu

Người bệnh có thai hoặc đang hành kinh.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

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

Phương tiện

Dụng cụ:

+ Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).

+ 01 soi mũi.

+ 02 troca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.

+ 01 dây cao su nối liền với kim.

+ 01 bơm tiêm 50 ml.

+ 02 que bông để gây tê.

+ 01 khay quả đậu.

+ 01 khăn nilon và khăn vải.

– Thuốc: xylocain 6 - 10%.

Người bệnh

Người bệnh cần làm: công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Người nhà được nghe giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật.

Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người khăn nilon.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định

Chụp phim Blondeu.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

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

Kỹ thuật

Chọc kim theo đường vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuộn dưới 0,5 – 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuộn mũi dưới.

Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rỗng.

Rút nòng trong ra.

Hút thử nếu không thấy không khí hoặc mủ chảy ra là đã vào xoang.

Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.

Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
Rút troca và đăt bông ép trong 3 phút.
Có thể chọc lại sau 1 – 2 ngày.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

Đề người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
Theo dõi chảy máu, sock.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Sock: nằm đầu thấp, chống sock.

Chảy máu: do đặt kim luồn không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh

Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng đường.

Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.

Lỗ thông xoang ở khe giữa bít tắc: dùng kỹ thuật chọc 2 kim.

CẮT POLIP MŨI

ĐỊNH NGHĨA

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

CHỈ ĐỊNH

Polip gây ngạt tắc mũi.

Polip gây rối loạn thông khí với vòm nhĩ.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).

Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mũ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

CHUẨN BỊ

Phương tiện

Kìm Luc, kìm mổ vệt, Lubet-Barbon.

Thòng lọng cắt polip.

Banh mũi (Puplan, Killian).

Dao cắt hút (microdebrider).

Người bệnh

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Cắt polyp bằng thông lọng

Chỉ định

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

Kỹ thuật

Banh mũi bằng banh Killian.

Thăm dò bằng que thăm dò.

Đặt thông lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

Đưa dần thông lọng gần sát phía trên trước hốc mũi.

Thắt dần thông lọng để chẹn cuốn polyp.

Cắt polyp mũi bằng kìm Luc

Chỉ định

Cắt polyp trải rộng trong lòng khe giữa.

Polyp do thoái hóa cuốn.

Kỹ thuật

Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.

Tách riêng các cuốn polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.

Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).

Đặt bắc mũi hai bên.

Cắt polyp bằng sao cắt hút (Micro-debrider)

Chỉ định

Tất cả các loại polyp mũi.

Kỹ thuật

Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 30⁰ cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.

Đặt bắc mũi hoặc merocel.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIÊN

Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bắc.

Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.

Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ tránh tai biến.

Rút bắc hoặc merocel ngày thứ 2 sau mổ.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

ĐẠI CƯƠNG

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

CHỈ ĐỊNH

Tất cả những dị hình vách ngăn gây cản trở thông khí của mũi, cản trở sự dẫn lưu của mũi xoang, vẹo gay kích thích như: đau đầu, cản trở đường vào của phẫu thuật nội soi xoang.

Dị hình gây viêm xoang.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm mũi xoang cấp.

Không nên phẫu thuật ở trẻ em dưới 16 tuổi (trừ trường hợp chấn thương).

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Dụng cụ:

- + Dao nhỏ và nhọn số 11 và 15.
- + Cán bóc tách nhỏ đầu tù và sắc.
- + Dao xén sụn của Ballanger.
- + Kẹp Luc các cỡ.
- + Kim găm sụn của Jansen.
- + Đục xương lười đuôi én.
- + Đục xương thẳng và lòng máng các cỡ.
- + Bánh mũi nhọn ngắn và dài.
- + Bánh cửa mũi của Palmer, kìm mang kim.
- + Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.
- + Máy hút, ống hút.
- + Bộ nội soi.
- Thuốc: xylocain 1- 2% có pha adrenalin 0,1%.

Người bệnh

Làm các xét nghiệm cơ bản.

Vệ sinh hốc mũi, cắt lông cửa mũi.

Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

Vô cảm

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

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

Kỹ thuật

Thì 1: rạch niêm mạc

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

Thì 2: Bóc tách niêm mạc

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

Thì 3: Bộc lộ vách ngăn sụn và xương

Dùng banh mũi kiểu Vacher đưa vào hốc mũi bên phẫu thuật, banh hai mặt niêm mạc sang hai bên để sụn và xương vách ngăn nằm chính giữa. Nếu sụn vách ngăn có thể sử dụng lại được khi đặt lại (cố gắng bảo tồn sụn tối đa).

Thì 4: Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo

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

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

Thì 6: Đục bỏ phần chân của vách ngăn

Thì 7: Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi

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

THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp sau phẫu thuật, chảy máu.

Dùng kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.

Rút bác và phim nhựa sau 3 ngày.

TAI BIẾN VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

Rách niêm mạc vách ngăn

Rách một bên: xếp lại niêm mạc ngay ngắn.

Rách hai bên cùng một điểm: cắt mảnh sụn đặt chêm vào giữa chỗ rách rồi ép niêm mạc lại

Chảy máu

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

Chích rạch tháo khối tụ máu sau đó nhét lại bác mũi để chèn vào vùng đó.

Tụ máu vách ngăn

Chú ý cho dùng kèm kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí phòng chống hoại tử gây thủng vách ngăn.

Di chứng

Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi.

Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại.

PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nạo V.A là phẫu thuật nạo lấy bỏ tổ chức lympho viêm và quá phát ở vùng vòm mũi họng nhằm loại trừ nguyên nhân gây viêm nhiễm ở vùng mũi họng trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

V.A quá phát gây cản trở đường thở.

V.A hay bị viêm tái đi tái lại.

V.A gây viêm kế cận.

Tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ trên 1 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa như suy thận, bệnh lý về máu.

Chống chỉ định tương đối

Đang có viêm nhiễm cấp tính.

Lao sơ nhiễm.

Trẻ hở hàm ếch.

Đáng ở vùng dịch lây đường hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng từ chuyên khoa cấp I trở lên đã được đào tạo về phẫu thuật nạo V.A nội soi.

Phương tiện

Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl-Storz 250w.

Optic 0 độ 4mm.

Bộ dụng cụ cắt hút XPS lưỡi cong và thẳng.

Davisboy mở miệng.

Thuốc co mạch Nasolin.

Dây vén màn hầu.

Người bệnh

Được khám nội soi chẩn đoán V.A trước đó.

Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.

Bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Gây mê toàn thân

Kỹ thuật

Kỹ thuật nạo V.A đường miệng: (áp dụng với trẻ em nhỏ)

+Đặt thuốc co mạch (naphazolin) hốc mũi 2 bên.

+Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.

+Dùng ống cắt hút (XPS) lưỡi cong tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

+Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

– ***Kỹ thuật nạo V.A bằng đường mũi:*** (áp dụng với người lớn và trẻ em lớn)

+Đặt thuốc co mạch Naphazolin hốc mũi 2 bên.

+Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.

+Dùng ống cắt hút (XPS) lưỡi thẳng tiến hành nạo V.A qua đường mũi 1 bên dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi bên đối diện. Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

Hai giờ sau khi nạo V.A, kiểm tra họng:

+ Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.

+ Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.

+Hẹn tái khám sau 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đốt cầm máu.

PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN BẰNG THÌA LA FORCE

ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

VA quá phát gây cản trở đường thở.

VA hay bị viêm tái đi tái lại.

VA gây viêm kế cận.

Tuổi: không có giới hạn thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh về máu.

Đang có viêm nhiễm cấp tính.

Lao sơ nhiễm.

Trẻ em hàm ếch

Đang ở vùng có dịch lây ở đường hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Bộ dụng cụ mở miệng DavidBoys.

Dụng cụ nạo VA LaForce.

Ống hút nội soi, kẹp phẫu tích, bác mũi, thuốc co mạch oxymetazolin, gương soi vòm, sonde Nelaton hoặc dây hút mũi số 6.

Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...

Người bệnh

Được làm xét nghiệm cơ bản, chụp phim Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ, nội soi Tai Mũi Họng và khám trước mổ như thông thường.

Lấy hồ sơ bệnh án.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm

Người bệnh được thực hiện dưới gây mê toàn thân.

Kỹ thuật

Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch Naphazolin khoảng 3 – 5 phút.

Mở miệng bằng bộ dụng cụ Davidboys.

Luồn sonde Nelaton hoặc dây hút mũi qua mũi xuống họng, buộc 2 đầu lại ở phần của mũi kéo lưỡi gà ra trước.

Dùng gương soi vòm đưa qua miệng sát lưỡi gà quan sát tổ chức V.A.

Đưa dụng cụ nạo V.A qua đường miệng lên vòm, tỳ sát tổ chức V.A. Nạo V.A bằng dụng cụ nạo LaForce. Tiến hành nạo hết tổ chức V.A, không làm tổn thương thành sau của vòm mũi họng. Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả cầu tằm oxy già sát lên trần vòm trong 1 – 2 phút.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1 -2 giờ mới cho ăn.

Theo dõi các tai biến khác.

Khám lại sau một ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu

Nạo chưa hết: nạo lại.

Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng ống hút đông điện hoặc Bipolar, dùng kháng sinh và theo dõi.

Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.

Nhiễm khuẩn

Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ

ĐẠI CƯƠNG

Cắt amidan là một phẫu thuật thường gặp trong lĩnh vực Tai Mũi Họng. Mục đích của phẫu thuật là lấy toàn bộ hai khối amidan bị bệnh không còn chức năng sinh lý ra khỏi họng miệng. Để lấy hết tổ chức amidan, tránh bỏ sót, cầm máu kỹ, giảm tối đa đau đớn và tâm lý sợ hãi, đặc biệt là trẻ em trong suốt quá trình phẫu thuật amidan hiện nay.

II. CHỈ ĐỊNH

Có nhiều đợt viêm cấp 5 lần/ 1 năm, trong 2 năm liền.

Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng thở, ăn, phát âm.

Amidan viêm mạn tiềm tàng, đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tạm thời

Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.

Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định

Đang có dịch ở địa phương.

Phụ nữ đang có thai, có kinh nguyệt.

Tuyệt đối

Trong các bệnh tim mạch, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, Basedow... hen, lao đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) như: Davidboys, ống hút, vén trụ kim chỉ, Bipolar. Ngoài ra một số bệnh viện lớn sử dụng dao siêu âm, Lase, Coblatino.

Người bệnh

Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- + Công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV.
- + Chức năng gan, thận.
- + Chụp Xquang ngực thẳng.
- + Điện tâm đồ

Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.

Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo quy định chung của Bộ Y tế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới cắt amidan bằng dao điện dưới gây mê.

Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra. Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía đầu bệnh nhân, người phụ đứng đối diện với phía cắt amidan thuận tiện quan sát để phụ mổ.

Kỹ thuật

Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể dùng Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.

Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau bóc tách.

Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi bên phải để cắt amidan trái, đặt bên trái cắt amidan phải.

Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. Cầm máu bằng Bipolar. Trường hợp chảy máu thì cặp buộc, đốt điện, thậm chí thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy máu và các phương pháp cầm máu thất bại.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ và chảy máu muộn do bong vảy ngày thứ 5 – 7 sau cắt amidan.

Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 4 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.

Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng đến cơ sở y tế chuyên khoa để kiểm tra và can thiệp kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu bằng đốt điện, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc cầu trong hốc mỡ, khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra cần cảnh giác 1 số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG DÒ LUÂN NHĨ

ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường dò luân nhĩ bẩm sinh. Lỗ rò thường nằm vùng trước tai, ống rò chảy vào trong và kết thúc bằng túi rò sát vùng sụn gờ luân nhĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các đường rò bẩm sinh vùng tai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối:

Đường rò luân nhĩ bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường rò.

Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kim cặp kim và kim chỉ khâu.

Thuốc: Lidocain 2%, xanh methylen.

Người bệnh

Cạo tóc bên tai phẫu thuật. Có thể phẫu thuật cả 2 bên nếu người bệnh bị rò 2 bên.

Hồ sơ bệnh án

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

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế người bệnh

Nằm trên bàn mổ, đầu nghiêng về bên đối diện.

Vô cảm

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng Lidocain 2%). Dùng que thăm dò định hướng đường rò. Bơm xanh methylen vào đường rò hoặc không bơm tùy theo khả năng phẫu thuật viên.

Kỹ thuật

Rạch da hình quả trám dọc om lấy miệng lỗ rò. Bóc tách đường rò theo chỉ thị màu xanh methylen. Lấy toàn bộ đường rò.

Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

Băng ép.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

Thay băng 2 ngày một lần.

Kháng sinh 5 – 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.

Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

Viêm sụn vành tai.

Nếu lấy không hết chân đường rò, rò và viêm nhiễm sẽ tái phát, phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò.

SOI THANH QUẢN TRỰC TIẾP

ĐẠI CƯƠNG

Soi thanh quản trực tiếp là dùng ống cứng hoặc mềm đưa vào thanh quản để thăm khám, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thông qua nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý thanh quản.

Soi thanh quản trực tiếp để dẫn đường soi thanh khí quản trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong soi thanh quản trực tiếp bằng ống cứng chống chỉ định khi:

Lao cột sống cổ.

Khít hàm.

Khó thở thanh quản cấp II, cấp III

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

Phương tiện

Hệ thống soi thanh quản với ống cứng hoặc ống mềm.

Máy hút, ống hút.

Chêm miệng.

Que ngoáy họng.

Bình phun gây tê tại chỗ.

Bơm tiêm thanh quản.

Kìm gấp dị vật, kìm sinh thiết.

Thuốc: Lidocain 4-6%; oxy.

Người bệnh

Khám nội khoa toàn diện.

Làm các xét nghiệm cơ bản gồm: công thức máu, đông máu cơ bản, HIV, HBsAg, chụp Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ.

Tối hôm trước soi cho an thần.

Sáng hôm soi cho bệnh nhân nhịn ăn uống.

Hồ sơ bệnh án

Giấy khám chữa bệnh.

Kết quả nội soi và hướng dẫn chẩn đoán điều trị

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tìm thanh thiết.

Vén thanh thiết.

Quan sát thanh quản: băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn.

THEO DÕI

Trong khi soi: mạch, nhịp thở, huyết áp, theo dõi màu sắc da và niêm mạc.

Theo dõi sau khi soi: khó thở, mạch, nhịp thở, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong khi soi

Co thắt thanh quản: dự phòng bằng cách gây tê thanh quản thật tốt, khi phát hiện bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay soi, cho thở oxy, tránh kích thích người bệnh; nếu vẫn còn co thắt thì tiêm giãn cơ, tử máy hoặc bóp bóng.

Ngừng tim đột ngột: phải giải thích kỹ cho người bệnh yên tâm, cho an thần. Khi phát hiện thì ngừng ngay soi, kích thích thật mạnh để lập lại phản xạ, thở oxy, nếu cần tiêm adrenalin vào tim, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

Khó thở thanh quản: thở oxy, thuốc chống phù nề, nếu cần thì mê khí quản.

Phù nề thanh thiệt.

Chảy máu: cầm máu, nếu còn chảy đặt nội khí quản bơm bóng.

Gãy răng cửa.

Sau khi soi

Khó thở thanh quản: xử trí cho thở oxy, tiêm thuốc chống phù nề, nếu cần mê khí quản.

Sốt cao xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ adrenalin 0,1% vào mũi, hạ sốt, an thần, thở oxy.