

1. KỸ THUẬT KHÁM NỘI SOI TAI- MŨI- HỌNG

1. Đại cương

Nội soi tai mũi họng là một kỹ thuật thăm khám sử dụng ống nội soi chuyên dụng đưa ánh sáng vào các góc ngách của vùng tai mũi họng giúp bác sĩ quan sát trực tiếp và rõ nét hơn bên trong các cơ quan này. Nội soi có thể được ghi hình lại để tiện theo dõi bệnh về sau.

Ống nội soi có đầu vát từ $0-75^{\circ}$ sẽ thu hình ảnh nhiều góc khác nhau trong xoang mũi, họng, tai. Nhờ vậy mà bác sĩ sẽ quan sát được tất cả những vùng cần chẩn đoán.

Nội soi Tai mũi họng là một điểm sáng trong việc điều trị bệnh về tai mũi họng. Nội soi giúp chẩn đoán sớm và chính xác các bệnh lý về Tai mũi họng.

2. Chỉ định

Các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện khó chịu ở Tai, mũi, họng.

- Tai: Đau tai, ù tai, nghe kém, chảy mủ tai...
- Mũi: Ngạt mũi, chảy mũi, chảy máu mũi..
- Họng- thanh quản : Đau họng, ho, khàn tiếng...

3. Quy trình nội soi Tai mũi họng

3.1. Thao tác của điều dưỡng

- Mang găng tay, khẩu trang y tế.
- Lấy nhẹ nhàng ống nội soi sau khi đã sát khuẩn theo quy trình xử lý nghiêm ngặt.
- Trao ống nội soi đã chuẩn bị sẵn cho bác sĩ.
- Cùng bác sĩ theo dõi tình trạng của người bệnh trong suốt quá trình nội soi.
- Chụp hình và lưu hình, đánh máy kết quả vào máy tính. Hỗ trợ bác sĩ thực hiện

các thủ thuật điều trị (nếu có).

3.2 Thao tác của bác sĩ

- Giải thích, dặn dò người bệnh.
- Mang găng tay, khẩu trang y tế.
- *Nội soi tai*: Người bệnh ngồi thẳng. Bác sĩ đưa ống nội soi theo tư thế thẳng theo trục ống tai ngoài, quan sát ống tai ngoài, màng nhĩ, cán búa.
- *Nội soi mũi*: Người bệnh ngồi hơi ngả đầu ra phía sau một góc 15°.

Bước 1: Bác sĩ đặt vào mũi bệnh nhân một đoạn ngắn bông gòn có tẩm thuốc co mạch và thuốc tê. Sau 5 phút, bông gòn sẽ được lấy ra và tiến trình nội soi được thực hiện.

Bước 2: Bác sĩ đưa ống nội soi vào mũi sát sàn mũi từ trước ra sau, quan sát vòm họng, lỗ vòi nhĩ, hố Rosenmuller hai bên.

Bước 3: Bác sĩ đưa ống nội soi hướng lên phía ngách sàng bướm để quan sát khe bên và lỗ xoang bướm.

Bước 4: Bác sĩ đưa ống soi vào phần sau khe mũi giữa – bắt đầu quan sát khe mũi giữa (theo hướng từ sau ra trước), các cấu trúc bóng sàng, khe bán nguyệt, mỏm móc, lỗ phụ xoang hàm (nếu có). Nếu có chỉ định, bác sĩ sẽ thực hiện các thủ thuật làm sạch bệnh tích, hút sạch chất nhầy, máu đọng, bầm sinh thiết.

Trong quá trình nội soi, bệnh nhân sẽ không có cảm giác đau bởi hốc mũi bệnh nhân đã được thuốc co mạch làm cho nở rộng ra nên việc soi rất dễ dàng. Bệnh nhân sẽ không thấy đau bởi thuốc tê đã làm mất cảm giác của niêm mạc mũi.

- *Nội soi họng – thanh quản*: Người bệnh ngồi thẳng. Bác sĩ cầm ống soi nhẹ nhàng đưa vào họng trên bề mặt lưỡi theo hướng từ ngoài vào trong: lần lượt quan sát bề mặt lưỡi, lưỡi gà, eo họng, hai amidan, đáy lưỡi thanh nhiệt, xoang lê hai bên, thanh môn, sụn phễu và dây thanh.

4. Tai biến và xử trí

4.1. Tai biến

Xây xước nhẹ, chảy máu hoặc thủng màng nhĩ đối với những trường hợp bệnh nhân không hợp tác, đặc biệt là trẻ nhỏ.

4.2. Xử trí

- Đối với người lớn, khi chuẩn bị nội soi cũng cần phải có lưu ý và tuyệt đối tuân thủ chỉ dẫn của bác sĩ.

- Đối với trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, càng cần phải có sự phối hợp và hợp tác giữa người nhà của trẻ (bố, mẹ, ông bà... những người đưa trẻ đến cơ sở y tế). Bố mẹ hoặc người nhà đi cùng em bé, cần giải thích đầy đủ và rõ ràng để các em chuẩn bị tâm lý và hợp tác hơn trong quá trình thực hiện nội soi.

2. KỸ THUẬT CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ

1. Đại cương

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

2. Chỉ định

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

- Viêm tai ứ dịch.

3. Chống chỉ định

Nghi có u cuộn cảnh.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

- Dao chích rạch màng nhĩ.

4.3. Người bệnh

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

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

5. Các bước tiến 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 2-3 mm ở 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. Rửa xong có dịch hoặc mủ chảy ra: lau hoặc hút sạch.

- Đặt 1 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 24 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu chotốt.

6. Theo dõi và xử trí tai biến

Chích rửa sai vị trí có thể gây:

- Tổn thương xương con.
- Tổn thương cửa sổ tròn.
- Tổn thương ống tai ngoài.

3. KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT TẠI

1. Đại cương

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

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

2. Chỉ định

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

5. Các bước tiến hành

5.1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
 - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.

- + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
- + Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
- + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
- + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

5.2. Dị vật sống

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

6. Theo dõi và chăm sóc

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm sây 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 màng nhĩ.

7. Tai biến và xử trí

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

4. KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH VÀNH TAI

1. Đại cương

Tụ dịch vành tai là 1 tình trạng tích tụ máu vùng vành tai, sinh ra sau chấn thương đưng dập. Cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm chảy máu ra và tụ lại giữa lớp sụn và màng sụn tách lớp màng sụn ra khỏi sụn. Nếu tổn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai => biến chứng vành tai hình bông cải.

2. Chỉ định

- Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai
- Sờ có cảm giác phập phồng
- Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết,...)
- Bệnh nhân đồng ý bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn.

3. Chống chỉ định

Những bệnh nhân có bệnh lý về rối loạn đông, cầm máu.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Thuốc gây tê tại chỗ
- Dao chích rạch
- Máy hút dịch
- Ống hút
- Dung dịch sát khuẩn Betadin 10%
- Gạc, băng ép.

4.3. Người bệnh

Người bệnh nằm trên giường, quay tai bệnh hướng ra bên ngoài.

5. Các bước tiến hành

- Lau sạch vành tai cần được chọc hút bằng dung dịch sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ bằng dung dịch Lidocain 2%
- Dùng dao chích rạch 1 đường nhỏ ở vị trí tụ dịch, đồng thời người phụ dùng ống hút để hút dịch và máu tụ.
- Dùng gạc ép sạch dịch ra ngoài và băng ép.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Thuốc: Kháng sinh, giảm đau, chống viêm- chống phù nề.
- Kiểm tra vết băng ép , thay băng hàng ngày.

5. KỸ THUẬT CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

Triệu chứng:

- Chảy mủ tai
- Nghe kém (nếu nhọt làm bít ống tai)
- Nhọt nằm vùng cửa tai, ống tai phù nề, đỏ

2. Chỉ định

- Nhọt ống tai lớn, gây chèn ép
- Nhọt mưng mủ trắng

3. Chống chỉ định

Không có

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Thuốc gây tê tại chỗ dạng xịt.
- Dao chích rạch
- Máy hút dịch
- Ống hút
- Dung dịch sát khuẩn Betadin 10%
- Que tăm bông
- Gạc nhỏ
- Thuốc kháng sinh dạng mỡ hoặc dung dịch.

4.3. Người bệnh

Người bệnh ngồi trên ghế thủ thuật, đầu nghiêng về phía đối diện tai bệnh, được giải thích về tình trạng bệnh để yên tâm làm thủ thuật.

5. Các bước tiến hành

- Xịt tê ống tai ngoài
- Dùng que tăm bông tẩm dung dịch sát khuẩn betadin lau sạch phần nhọt và xung quanh
- Dùng dao chích nhọt, nếu mủ chảy ra nhiều dùng ống hút để hút dịch. Saugmentin 1g đó, dùng tăm bông có tẩm betadin sát khuẩn tại vị trí nhọt lần thứ 2.
- Đặt miếng gạc nhỏ tẩm mỡ hoặc dung dịch kháng sinh vào ống tai ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Thuốc: Kháng sinh, giảm đau, chống viêm- chống phù nề.
- Kiểm tra thay gạc sau 24h.

6. KỸ THUẬT LẤY NÚT BIỂU BÌ ÓNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Nút biểu bì là một bệnh lý của ống tai ngoài, được hình thành do những mảnh da chết của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối.

2. Triệu chứng

Bệnh nhân bị nút biểu bì phản nản những biểu hiện giống như triệu chứng của cục ráy tai:

- Nghe kém
- Û tai.

*Khám: nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên, trong khi ráy tai có màu đen hoặc nâu.

*Diễn tiến nút biểu bì: tồn tại lâu, có thể gây tác hại đến ống tai; da ống tai bị mỏng hoặc loét, xương ống tai bị teo đi làm cho phần trong của ống tai rộng. Nút biểu bì có thể gây ra viêm tai ngoài hoặc nhọt ống tai, khi đó bệnh nhân bị sốt, đau nhức tai, nhất là khi nhai hoặc ngáp, da ở cửa tai hoặc sau tai có thể bị sưng đỏ, ấn đau, hạch sau sau tai xuất hiện.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ráy tai: cục ráy tai màu đen hoặc nâu còn nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên, đôi khi nút biểu bì có thể phối hợp với ráy tai.

- Cholesteatoma: bệnh lý có thể nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân do bản chất phá hủy xương đưa viêm nhiễm lan vào trong nội sọ. Nghi đến cholesteatoma ở những người có tiền sử chảy mủ tai hôi, dai dẳng, nhức đầu, đau tai. Khám thấy lỗ thủng màng nhĩ, hòm nhĩ có vẩy trắng, óng ánh xà cừ. Chụp Xquang hay CT scan xương thái dương có hình ảnh thương tổn ở thượng nhĩ hoặc xương chũm và hình ảnh ăn mòn xương.

4. Điều trị

- Nguyên tắc: phải lấy bỏ nút biểu bì.

Trước tiên nên làm mềm nút biểu bì bằng cách nhỏ tai bằng glycerin borate hoặc candidibiotic mỗi ngày nhỏ 2 - 3 lần, mỗi lần 3 giọt, hay xịt tai với Ray C, trong 5 ngày, sau đó bơm nước 37°C vào tai, hoặc hút ra, hay dùng móc tù để lấy nút biểu bì

Nếu nút biểu bì còn cứng, không lấy ra được, nhỏ thuốc thêm 5- 7 ngày rồi lấy tiếp.

- Khi có viêm nhiễm ống tai ngoài, bên cạnh việc loại trừ nút biểu bì phải sử dụng kháng sinh đường uống kết hợp với thuốc nhỏ tai tại chỗ trong một tuần.

7. KỸ THUẬT LÀM THUỐC TAI

1. Chỉ định

Được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tùy theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

2. Chống chỉ định

Không có.

3. Chuẩn bị

3.1 Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

3.2. Phương tiện

- Dụng cụ: Máy nội soi, đèn clar, que tăm bông, dung dịch nước muối sinh lý, Oxy già, Betadin 10%, ống hút.

- Máy hút.

- Thuốc: Các loại kháng sinh, kháng nấm, corticoid

3.3. Người bệnh

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

4. Các bước tiến hành

+ Rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

+ Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

+ Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

*Rỏ thuốc tai: tùy theo tình trạng chảy tai có thể dùng thuốc

- Cồn boric 2-5-Glycerin borat 2-5% khi chảy dịch, mũ.
- Cloramphenicol 4%, Hydrocortison hay Hydrocortanxin khi chảy mũ.

Cách làm:

Ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc qua ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu.

8. KỸ THUẬT PROETZ

1. Đại cương

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

2. Chỉ định

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

3. Chống chỉ định

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

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

5. Các bước tiến hành

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.
- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê để buồm hàm đậy kín đường xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml 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.

9. KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT MŨI GÂY TÊ

1. Đại cương

Dị vật mũi rất đa dạng:

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

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

2. Chỉ định

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. Các bước tiến hành

5.1. Tư thế người bệnh

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

5.2. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Banh mũi, dùng móc luôn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

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

7. 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.

10. KỸ THUẬT NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI GÂY TÊ

(Về cơ bản giống với lấy dị vật mũi gây tê nhưng được sử dụng bằng máy nội soi)

1. Đại cương

Dị vật mũi rất đa dạng:

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

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

2. Chỉ định

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. Các bước tiến hành

5.1. Tư thế người bệnh

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

5.2. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Tay Trái bác sĩ cầm ống nội soi, tay còn lại dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

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

7. 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.

11. KỸ THUẬT CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT (Bạc Nitrat)

1. Đại cương

Là thủ thuật dùng bạc nitrat đốt điểm mạch nhằm cầm máu mũi.

2. Chỉ định

Chảy máu điểm mạch mũi.

3. Chống chỉ định

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

- Được giải thích về thủ thuật

5. Các bước tiến hành

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

5.3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

5.3.3. Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng bông tẩm bạc nitrat đốt điểm mạch chảy máu.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

6. Theo dõi

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

7. Xử trí tai biến

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

12. KỸ THUẬT RÚT MECHE, RÚT MEROCEL HÔC MŨI

1. Đại cương

Là kỹ thuật rút meche, merocell ra khỏi hốc mũi sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

2. Chỉ định

Những bệnh nhân sau mổ nội soi mũi xoang được cầm máu cố định bằng đặt meche hoặc merocel trong hốc mũi. Thường rút sau 48-72 h sau mổ.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

- Nước muối sinh lý
- Bơm tiêm 10ml
- khay quả đậu
- Máy hút, ống hút dịch.
- Kẹp khuỷu

4.3. Người bệnh

- Được giải thích và chuẩn bị tâm lý trước khi làm.
- Bệnh nhân nằm trên giường, đầu ngửa .

5. Các bước tiến hành

- Gỡ dây chỉ đầu merocel được dán ở trước cửa mũi

- Bác sỹ dùng bơm tiêm 10 ml hút nước muối sinh lý bơm từ từ vào miếng merocell, nếu có dịch chảy ra ngoài, người phụ dùng ống hút để hút.

- Vừa bơm vừa để ý độ mềm của miếng merocel rồi dùng kẹp khuỷu kéo từ từ ra, chú ý sắc mặt của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đau, chờ miếng merocel mềm mới rút.

- Sau khi rút merocell , điều dưỡng dùng ống hút hút sạch dịch chảy từ mũi, nếu có dịch chảy xuống họng yêu cầu bệnh nhân khạc nhẹ ra khay quả đậu.

6. Theo dõi và chăm sóc

-Sau rút merocel bác sỹ nội soi kiểm tra lại hốc mũi, kiểm tra tình trạng chảy máu

- Hút rửa mũi xoang hàng ngày.

13. KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

1. Đại cương

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

2. Chỉ định

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

3. Chống chỉ định

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

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

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

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ

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

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. Tư thế người bệnh

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

5.3.3. Kỹ thuật

** Soi gấp dị vật 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.
- Gấp dị vật bằng kìm Frankael.

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

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

6. Theo dõi

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

7. Xử trí tai biến.

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.
- Điều trị tràn khí nếu có.
- Dị vật xuyên 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.

14. KỸ THUẬT BƠM THUỐC THANH QUẢN

1. Đại cương

Là thủ thuật dùng kim để bơm thuốc vào thanh quản điều trị tại chỗ các bệnh lý ở hạ họng- thanh quản.

2. Chỉ định

- Tồn thương viêm thanh quản.
- Tồn thương hạt xơ nhỏ, nang.. lành tính ở thanh quản.

3. Chống chỉ định

- Bệnh nhân không đồng ý
- Các khối u lớn, ác tính ở ùng thanh quản.
- Bệnh nhân bị dị ứng thuốc : Thuốc tê, kháng sinh..

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

- Máy nội soi tai mũi họng
- Kim bơm thuốc thanh quản
- Bơm tiêm 10ml
- Thuốc tê Xylocain xịt
- Thuốc kháng sinh, cortioid dạng dung dịch.

4.3. Người bệnh

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

5. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được xịt tê vào họng và hạ họng- thanh quản.
- Dùng kim bơm thuốc thanh quản lắp vào đầu bơm tiêm đã được pha sẵn thuốc điều trị
- Bác sỹ dùng tai trái cầm optic nội soi, tay phải dùng kim bơm thuốc đưa đầu cong của kim vào miệng bệnh nhân Khi đưa đầu kim tiêm tới mặt trong sụn nắp, hướng đầu mũi kim tới thanh môn, bơm nhanh thuốc lên mặt hai dây thanh.

6. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng phản vệ của bệnh nhân sau thực hiện thủ thuật.
- Hẹn bệnh nhân làm thủ thuật hàng ngày, tùy tình trạng bệnh để tiên lượng thời gian làm.

15. KỸ THUẬT KHÍ DUNG MŨI HỌNG

1. Đại cương

- Khí dung: biện pháp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng các hạt có kích thước rất nhỏ được phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm hoặc màng phân tách.

- Tùy vào bệnh lý từng vị trí của đường hô hấp mà lựa chọn loại máy khí dung, đặt chế độ hay lưu lượng khí phù hợp.

- Có 3 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm và màng thấm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

2. Chỉ định

- Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

- Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung. Hay gặp: khí dung thuốc giãn phế quản, corticoid trong hen phế quản; adrenalin trong viêm thanh quản cấp có suy hô hấp; khí dung thuốc kháng sinh (colistin), thuốc điều trị tăng áp lực động mạch phổi iloprost; khí dung để làm ẩm, ẩm đường thở nước muối sinh lý ...

3. Chống chỉ định

Đị ứng với thành phần thuốc khí dung. Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Khí dung bằng khí cao áp

+ Thuốc và dung môi

- + Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén.
- + Cột đo lưu lượng khí.
- + Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Trẻ lớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

4.2.2. Khí dung bằng máy siêu âm

- + Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy.
- + Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.

4.3. Bệnh nhân

- Bệnh nhân được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên người bệnh an tâm và hợp tác.
- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO₂, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước khí dung.

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Khí dung bằng khí cao áp

+ Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả tối thiểu là 2 ml, tối đa là 8 ml, trung bình khoảng 5 ml. Cần pha loãng thuốc khí dung để giảm lượng thuốc cặn.

- + Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

- + Cắm cột đo lưu lượng vào nguồn khí phù hợp. Nếu trẻ có suy hô hấp phải chọn nguồn oxy; trẻ không suy hô hấp chọn nguồn khí nén.
- + Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra của cột đo lưu lượng..
- + Điều chỉnh lưu lượng khí thích hợp. Lưu lượng khí có thể điều chỉnh từ 5 - 8 lít/phút, nên đặt 6 lít/phút để có kết quả tối ưu.S
- + Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.
- + Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ (hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.
- + Hướng dẫn trẻ hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

5.3.2. Khí dùng bằng máy siêu âm

- + Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.
- + Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask
- + Cắm điện, bật máy.
- + Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.
- + Úp mask kín mũi, miệng trẻ, cố định mask.

6. Theo dõi và xử trí tai biến

- Quan sát trẻ trong suốt quá trình khí dung, động viên trẻ hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.
- Thời gian mỗi lần khí dung ở trẻ em không nên quá 10 phút.
- Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do quá sợ hãi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

MỤC LỤC

1. Kỹ thuật khám nội soi tai- mũi- họng	1
2. Kỹ thuật chích rạch màng nhĩ	4
4. Kỹ thuật chọc hút dịch vành tai.....	8
5. Kỹ thuật chích nhọt ống tai ngoài	10
6. Kỹ thuật lấy nút biểu bì ống tai ngoài.....	12
7. Kỹ thuật làm thuốc tai	14
8. Kỹ thuật proetz	16
9. Kỹ thuật lấy dị vật mũi gây tê	18
10. Kỹ thuật nội soi lấy dị vật mũi gây tê	20
11. Kỹ thuật cầm máu điểm mạch mũi bằng hóa chất (bạc nitrat)	22
12. Kỹ thuật rút meche, rút merocel hôc mũi.....	24
13. Kỹ thuật lấy dị vật họng miệng.....	26
14. Kỹ thuật bơm thuốc thanh quản	29
15. Kỹ thuật khí dung mũi họng.....	31