

BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN KHOA LỄ, THĂM DÒ CHỨC NĂNG VÀ Y HỌC CỔ TRUYỀN

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐK2 ngày tháng 10 năm 2025
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

Lào Cai, năm 2025

Thẩm định

BSCKII. Tô Minh Hùng	Phó Giám đốc bệnh viện
ThS. Nguyễn Thị Hồng Anh	Phó trưởng phòng Đào tạo & Chỉ đạo tuyến
DSCKI. Nguyễn Thị Mỹ Nương	Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
ThS. Nguyễn Thế Linh	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng
BSCKII. Lương Ngọc Quý	Trưởng khoa Gây mê hồi sức
BSCKII. Lò Tà Phìn	Trưởng khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình
BSCKII. Nguyễn Văn Hải	Trưởng khoa Ngoại tiết niệu
BSCKI. Lê Quyết Thắng	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp
ThS. Nguyễn Phú Duy	Trưởng khoa Ngoại thần kinh
BSCKI. Đỗ Đình Quy Nhơn	Trưởng khoa Tai mũi họng
BSCKI. Hoàng Anh Quý	Phó trưởng khoa YHCT&PHCN
BSCKI. Nguyễn Thị Quỳnh Trâm	Phó giám đốc Trung tâm Ung bướu & YHHN
BSCKII. Trần Đức Thắng	Trưởng khoa Răng hàm mặt
BSCKI. Nguyễn Thế Bách	Trưởng khoa Sản
ĐD. Trần Thị Thu Hà	Viên chức phòng Đào tạo & CĐT

Biên soạn

ThS. Hoàng Thị Quỳnh Thơ	Phó trưởng Khoa Nội tổng hợp
BSCKII Nguyễn Ngọc Nam	Trưởng khoa Mắt
BSCKII. Nông Thành Công	Phó trưởng khoa Mắt
BSCKI Đỗ Đình Quy Nhơn	Trưởng khoa Tai mũi họng
ThS. Lê Minh Đức	Phó trưởng khoa Tai mũi họng
BSCKII Trần Đức thắng	Trưởng khoa Răng hàm mặt
BSCKI Bé Thị Thanh Hiền	Khoa Răng hàm mặt
BSCKI. Nguyễn Thu Hà	Trưởng khoa Thăm dò chức năng
BS. Nông Việt Toàn	Khoa Thăm dò chức năng
BSCKI Hoàng Anh Quý	Trưởng khoa Y học cổ truyền và PHCN
BSCKI. Cồ Thị Minh Duyên	Khoa Y học cổ truyền và PHCN

LỜI NÓI ĐẦU

Trong bối cảnh ngành Y tế không ngừng đổi mới và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, việc chuẩn hóa quy trình kỹ thuật chuyên môn là nhiệm vụ thiết yếu, nhằm đảm bảo tính khoa học, an toàn và hiệu quả trong thực hành lâm sàng. Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai luôn xác định việc xây dựng và hoàn thiện hệ thống quy trình kỹ thuật là nền tảng để nâng cao chất lượng dịch vụ, hướng tới sự hài lòng của người bệnh và sự phát triển bền vững của bệnh viện.

Trên cơ sở các văn bản hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và các tài liệu tham khảo từ bệnh viện tuyến trên, tập tài liệu **“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Chuyên khoa lẻ (Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt), Thăm dò chức năng và Y học cổ truyền”** được biên soạn nhằm thống nhất quy trình thực hiện kỹ thuật, giúp cán bộ y tế áp dụng đúng, đủ và an toàn trong thực tiễn công tác.

Đây là những chuyên ngành có tính đặc thù, vừa hỗ trợ chẩn đoán, vừa trực tiếp điều trị, phục hồi chức năng cho người bệnh. Việc ban hành và triển khai các quy trình kỹ thuật này giúp chuẩn hóa thao tác, tối ưu hóa hiệu quả điều trị, đồng thời giảm thiểu rủi ro và sai sót chuyên môn. Bên cạnh đó, tài liệu còn là công cụ hữu ích phục vụ công tác đào tạo, hướng dẫn thực hành cho đội ngũ y bác sĩ, kỹ thuật viên và học viên trong toàn bệnh viện.

Quá trình biên soạn được tiến hành công phu, có sự tham gia góp ý của các khoa, phòng chuyên môn, đảm bảo nội dung phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện và quy định chuyên ngành hiện hành. Tuy nhiên, do phạm vi và điều kiện áp dụng luôn có sự thay đổi, tập tài liệu khó tránh khỏi những điểm cần được cập nhật, điều chỉnh trong tương lai. Tập thể biên soạn mong tiếp tục nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp và bạn đọc để hoàn thiện hơn nữa nội dung tài liệu, đáp ứng tốt yêu cầu chuyên môn và thực tiễn công tác.

Xin trân trọng cảm ơn sự quan tâm chỉ đạo của Ban Giám đốc, sự phối hợp của các khoa, phòng và sự đóng góp tích cực của đội ngũ cán bộ y tế trong quá trình xây dựng và hoàn thiện tài liệu này.

TẬP THỂ BIÊN SOẠN

MỤC LỤC

1. TIÊM HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIÊU CẦU TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP VÀ BỆNH LÝ PHẦN MỀM QUANH KHỚP	1
2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỰ TRONG MI MẮT	5
3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST THỜI GIAN VỠ PHIM NƯỚC MẮT (BUT: BREAK UP)	10
4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST SEIDEL (PHÁT HIỆN DÒ THỦY DỊCH)	13
5. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ	16
6. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ ONLAY	19
7. CHỤP THÉP (KIM LOẠI).....	22
8. CẦU HỢP KIM THƯỜNG (CẦU THÉP).....	26
9. THÁO CẦU RĂNG GIẢ	30
10. THÁO CHỤP RĂNG GIẢ.....	33
11. ĐIỀU TRỊ TỬY RĂNG 1 THÌ.....	36
12. NHỎ RĂNG KHÔNG SANG CHẤN ĐỀ CÂY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ.....	39
13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT U BÓNG VATER QUA NỘI SOI ĐỂ ĐIỀU TRỊ U BÓNG VATER.....	43
14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BÓC TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U ỒNG TIÊU HÓA.....	45
15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT	47
16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT VÙNG DƯỚI HỒ THÁI DƯƠNG	51
17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG.....	54
18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG.....	58
19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH Ô MẮT	62
20. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRONG CHẤN THƯƠNG SỌ MẶT .	66
21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THUỖ THANH QUẢN BẰNG LASER	68
22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỒNG CỨNG GÂY TÊ, GÂY MÊ	72
23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỒNG MỀM GÂY TÊ/ GÂY MÊ	74
24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỒNG CỨNG GÂY TÊ, GÂY MÊ	78
25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỒNG MỀM GÂY TÊ/ GÂY MÊ	81

26. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT CHẬU SÀN MIÈNG TRONG UNG THƯ SÀN MIÈNG.....	85
27. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ VÙNG HỌNG MIÈNG	91
28. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU LỖ THÙNG HOẶC VẾT THƯƠNG THỰC QUẢN	96
29. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI NÂNG MÔNG.....	100
30. QUY TRÌNH XOA BÓP BẮM HUYỆT BẰNG TAY	104
31. QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP BẮM HUYỆT BẰNG MÁY	107
32. QUY TRÌNH NẮN BÓ TRẬT KHỚP BẰNG PHƯƠNG PHÁP Y HỌC CỔ TRUYỀN...109	

1. TIÊM HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP VÀ BỆNH LÝ PHẦN MỀM QUANH KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Huyết tương giàu tiểu cầu (PRP – *Platelet Rich Plasma*) là chế phẩm sinh học được tách ra từ máu ngoại vi của chính người bệnh, có nồng độ tiểu cầu cao gấp 3–5 lần so với máu toàn phần.

- PRP chứa nhiều yếu tố tăng trưởng như PDGF, TGF- β , VEGF, IGF, EGF... có tác dụng kích thích tái tạo mô, giảm viêm và giảm đau.

- Tiêm PRP là phương pháp điều trị sinh học hỗ trợ tái tạo mô sụn, phần mềm quanh khớp trong các bệnh lý thoái hóa hoặc tổn thương gân, dây chằng, cơ.

- Phương pháp an toàn, ít xâm lấn, sử dụng chính máu của người bệnh nên hạn chế nguy cơ dị ứng hoặc lây nhiễm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa khớp gối, khớp háng, khớp vai, khớp cổ chân giai đoạn sớm và trung bình.

- Viêm gân mạn tính, rách bán phần gân (gân cơ chóp xoay, gân bánh chè, gân gót...).

- Bệnh lý phần mềm quanh khớp: viêm bao hoạt dịch, viêm điểm bám gân, viêm cân gan chân...

- Hội chứng đau mạn tính quanh khớp không đáp ứng với thuốc giảm đau, chống viêm thông thường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân.

- Bệnh lý máu (giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, thiếu máu nặng).

- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông hoặc kháng tiểu cầu mạnh.

- Ung thư hoặc bệnh lý ác tính tiến triển.

- Phụ nữ có thai, cho con bú (thận trọng).

- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Thực hiện kỹ thuật trong điều kiện vô khuẩn tuyệt đối.

- Không tiêm PRP vào ổ khớp có tràn dịch nhiễm khuẩn hoặc viêm cấp.

- Cần giải thích rõ cho người bệnh về cơ chế tác dụng chậm của PRP (hiệu quả sau vài tuần).

- Đảm bảo lấy và xử lý máu đúng quy trình, tránh gây tan máu hoặc nhiễm khuẩn máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Cơ – Xương – Khớp, Chấn thương chỉnh hình hoặc Phục hồi chức năng.

- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên hỗ trợ lấy máu, chuẩn bị dụng cụ và hỗ trợ tiêm.

- Kỹ thuật viên phòng xét nghiệm hoặc phụ trách tách PRP.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn da (cồn iod, povidone).

- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1% hoặc tương đương).

- Dung dịch chống đông ACD-A (acid citrate dextrose solution A).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ lấy máu vô khuẩn (kim, bơm tiêm, ống nghiệm có chất chống đông).

- Bộ kit PRP chuyên dụng (ống ly tâm, đầu lọc, ống tiêm PRP vô khuẩn).

- Găng tay, khẩu trang, áo choàng, bông, băng vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Máy ly tâm PRP chuyên dụng.

- Máy siêu âm định vị (đầu dò tuyến tính).

Dụng cụ cấp cứu phản vệ và thuốc hồi sức.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ về kỹ thuật, lợi ích, nguy cơ và ký cam kết đồng ý thực hiện.

- Ngừng thuốc chống đông hoặc kháng tiểu cầu trước thủ thuật theo hướng dẫn của bác sĩ.

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, bộc lộ rõ vùng khớp hoặc phần mềm cần tiêm.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án ghi rõ chỉ định tiêm PRP.

- Phiếu cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Phiếu theo dõi sau thủ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 30–45 phút (bao gồm thời gian tách PRP và tiêm).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng tiểu thủ thuật hoặc phòng kỹ thuật vô khuẩn tại khoa Cơ – Xương – Khớp hoặc Phục hồi chức năng.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra thông tin người bệnh, kết quả xét nghiệm máu, chống đông, đông máu.

- Kiểm tra đầy đủ dụng cụ, thuốc, thiết bị và phương tiện cấp cứu sẵn sàng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Lấy máu và tách PRP

- Lấy 10–20 ml máu tĩnh mạch vào ống có chất chống đông ACD-A.

- Ly tâm lần 1 để tách huyết tương khỏi hồng cầu.

- Ly tâm lần 2 để cô đặc tiểu cầu.

- Hút phần PRP ở lớp giữa (khoảng 3–5 ml) bằng bơm tiêm vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị vị trí tiêm

- Xác định vị trí tổn thương hoặc khớp cần tiêm bằng siêu âm.

- Sát khuẩn vùng da, có thể gây tê tại chỗ.

- Duy trì vô khuẩn tuyệt đối.

6.3. Bước 3: Tiêm PRP

- Tiêm trực tiếp PRP vào ổ khớp hoặc vùng phần mềm tổn thương.

- Lượng PRP trung bình 2–5 ml/lần tiêm.

- Thao tác nhẹ nhàng, tránh tràn dịch ra ngoài.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ép nhẹ vùng tiêm bằng bông vô khuẩn, không chườm nóng.

- Theo dõi tại chỗ 15–30 phút.

- Ghi chép hồ sơ bệnh án, bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau, sưng nhẹ tại chỗ tiêm: giảm đau thông thường, chườm lạnh.

- Chảy máu tại chỗ tiêm: ép băng, cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tại chỗ: kháng sinh, chăm sóc vết tiêm.

- Phản ứng dị ứng (hiếm gặp): xử trí phản vệ theo phác đồ.

- Không cải thiện triệu chứng: đánh giá lại chỉ định, xem xét điều trị khác.

7.3. Biến chứng muộn

- Đau kéo dài hoặc cứng khớp: theo dõi, phục hồi chức năng.

- Không có bằng chứng tổn thương mô nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số **3023/QĐ-BYT** ngày 28/7/2023.

- Bộ Y tế (2022), *Danh mục kỹ thuật chuyên khoa Cơ – Xương – Khớp*, Quyết định số **4214/QĐ-BYT** ngày 26/9/2022.

- Mishra A. et al. (2020), *Platelet-Rich Plasma for the Treatment of Osteoarthritis and Tendinopathy*, *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 28(3): 90–98.

- Filardo G. et al. (2019), *PRP in the Treatment of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Arthroscopy*, 35(3): 661–672.

- Andia I., Maffulli N. (2018), *Biologic Therapies in Regenerative Sports Medicine*, *Sports Medicine*, 48(4): 993–1006.

PHỤ LỤC

Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Nhân lực: Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên	Người	03
2	Bộ dụng cụ lấy máu vô khuẩn	Bộ	01
3	Máy ly tâm PRP chuyên dụng	Máy	01
4	Bộ kit PRP (ống tách, kim, bơm tiêm, pipet)	Bộ	01
5	Máy siêu âm định vị	Máy	01
6	Thuốc sát khuẩn, thuốc gây tê, găng, bông cotton	Gói	01
7	Dụng cụ cấp cứu, thuốc hồi sức	Bộ	01

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ TRONG MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Máu tụ trong mi mắt là tình trạng chảy máu vào mô mềm của mi, thường do chấn thương, phẫu thuật vùng quanh hốc mắt hoặc sau tiêm thẩm mỹ.

- Khối máu tụ có thể gây sưng nề, đau, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và thị lực nếu không được xử trí kịp thời. Phẫu thuật lấy máu tụ trong mi mắt nhằm loại bỏ khối máu tụ, giảm chèn ép, giúp phục hồi cấu trúc và chức năng mi mắt, đồng thời hạn chế biến chứng như nhiễm trùng, sẹo xấu hay dính mi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Máu tụ nhiều, căng, đau, ảnh hưởng đến thị lực hoặc gây biến dạng mi.
- Máu tụ sau phẫu thuật vùng mi, hốc mắt không tự tiêu.
- Máu tụ lan tỏa, nghi ngờ chèn ép mạch máu hoặc thần kinh thị giác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.
- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng mi.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo an toàn phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng ở người cao tuổi, người có bệnh lý tim mạch, tiểu đường, tăng huyết áp.

- Đánh giá kỹ mức độ chảy máu, tránh làm tổn thương cơ vòng mi, tuyến lệ hoặc ống lệ.

- Cần kiểm soát tốt vô khuẩn, tránh nhiễm trùng thứ phát sau phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa Mắt có kinh nghiệm phẫu thuật vùng mi.
- 01 điều dưỡng dụng cụ.
- 01 điều dưỡng vòng ngoài (khi cần).
- Bác sĩ gây tê hoặc phụ mổ hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Lidocain 2% ± Adrenalin để gây tê tại chỗ.
- Betadine 10% sát khuẩn da.
- NaCl 0,9% để rửa vết mổ.
- Kháng sinh phổ rộng (tiêm hoặc nhỏ tại chỗ).
- Thuốc giảm đau, chống viêm, an thần nhẹ (theo chỉ định).

5.3. Vật tư

- Găng tay, khẩu trang, áo mổ, mũ, drap phẫu thuật vô khuẩn.
- Gạc, bông, panh, kéo nhỏ, dao mổ lưỡi số 15.
- Bơm tiêm, kim tiêm vô khuẩn.
- Kim chỉ khâu 6/0 – 7/0 (tự tiêu hoặc không tiêu).
- Băng ép y tế, ống hút dịch nhỏ.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn tiêu phẫu mắt có đèn chiếu sáng.
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu mắt tiêu chuẩn.
- Kính phóng đại hoặc đèn đội đầu.
- Máy hút dịch nhỏ hoặc bơm hút tay.
- Monitor theo dõi mạch, SpO₂, huyết áp.

5.5. Người bệnh

- Giải thích kỹ mục đích, quy trình, nguy cơ, biến chứng.
- Làm sạch vùng mi, bỏ kính áp tròng (nếu có).
- Đặt NB nằm ngửa, đầu hơi cao, tư thế thoải mái.
- Sát khuẩn vùng mổ, gây tê tại chỗ.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật.
- Phiếu cam đoan phẫu thuật.
- Phiếu kiểm tra máy móc, vật tư.
- Phiếu theo dõi NB trong và sau mổ.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 15–30 phút tùy mức độ tổn thương.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng tiêu phẫu khoa Mắt – đảm bảo vô khuẩn.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Đúng người bệnh, đúng vị trí tổn thương.

Đánh giá tình trạng máu tụ, thị lực, phản xạ đồng tử.

Kiểm tra bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đặt người bệnh và gây tê

- Đặt NB nằm ngửa, đầu hơi cao.
- Sát khuẩn rộng vùng mi và quanh ổ mắt.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% ± Adrenalin.

6.2. Bước 2: Rạch và lấy máu tụ

- Dùng dao mổ lưỡi số 15 rạch da theo nếp mí hoặc vị trí thấp nhất của khối máu tụ.
- Dùng panh nhẹ nhàng mở vết rạch, hút máu tụ bằng bơm hút hoặc gạc vô khuẩn.
- Loại bỏ cục máu đông, rửa sạch hốc bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra cầm máu kỹ, có thể sử dụng đốt điện nhẹ.

6.3. Bước 3: Khâu và băng ép

- Khâu da bằng chỉ 6/0 – 7/0 thẩm mỹ, sát mép da.
- Băng ép nhẹ vùng mí để tránh tái tụ máu.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng mí sau mổ: hết máu tụ, không chảy máu thêm.
- Ghi hồ sơ bệnh án, bàn giao người bệnh cho điều dưỡng theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tái phát: cầm máu lại, tăng thời gian băng ép.
- Tổn thương cơ nâng mí hoặc tuyến lệ: khâu phục hồi nếu có.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng nề, đau: chườm lạnh, giảm đau.
- Nhiễm trùng vết mổ: vệ sinh, dùng kháng sinh phù hợp.
- Sẹo xấu: chăm sóc, massage sẹo sau liền.

7.3. Biến chứng muộn

- Dính mí, sẹo co kéo: phẫu thuật tạo hình phục hồi nếu cần.
- Tái tụ máu: đánh giá nguyên nhân (rối loạn đông máu, tăng huyết áp...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/7/2023.
- Viện Mắt Trung ương (2022), *Cầm nang phẫu thuật và thủ thuật nhãn khoa*, NXB Y học.
- Kanski J., Bowling B. (2021), *Clinical Ophthalmology*, Elsevier.
- American Academy of Ophthalmology (AAO) (2022), *Oculoplastic and Orbital Surgery Guidelines*.

PHỤ LỤC
DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHẪU THUẬT
LẤY MÁU TỤ TRONG MI MẮT

TTT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Nhân lực trực tiếp		
1.1	Bác sĩ phẫu thuật Mắt	Người	01
1.2	Bác sĩ gây tê / điều dưỡng phụ mổ	Người	01
1.3	Điều dưỡng dụng cụ	Người	01
1.4	Điều dưỡng vòng ngoài (nếu cần)	Người	01
2	Thuốc		
2.1	Lidocain 2% ± Adrenalin	Lọ	1-2
2.2	Dung dịch NaCl 0,9%	Chai	1
2.3	Betadine 10%	Chai	1
2.4	Kháng sinh, giảm đau, chống viêm	Theo y lệnh	Theo ca
3	Vật tư sử dụng trực tiếp		
3.1	Gạc, bông, băng ép vô khuẩn	Bộ	1
3.2	Dao mổ, kéo, panh, kẹp cầm máu	Bộ	1
3.3	Kim chỉ khâu da 6/0 – 7/0	Sợi	2-3
3.4	Bơm tiêm, kim tiêm	Cái	2-3
3.5	Dráp phẫu thuật, găng, khẩu trang, áo mổ	Bộ	1
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		

TTT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
4.1	Bàn tiêu phẫu mắt	Bộ	1
4.2	Kính phóng đại hoặc đèn đội đầu	Cái	1
4.3	Máy hút dịch nhỏ / bơm hút tay	Cái	1
4.4	Monitor theo dõi sinh hiệu	Bộ	1

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST THỜI GIAN VỠ PHIM NƯỚC MẮT (BUT: BREAK UP)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Test thời gian vỡ phim nước mắt (Break Up Time – BUT) là kỹ thuật đánh giá độ ổn định của màng phim nước mắt bằng cách xác định khoảng thời gian từ khi bệnh nhân chớp mắt lần cuối cho đến khi xuất hiện điểm khô đầu tiên trên bề mặt giác mạc sau khi nhỏ fluorescein.

- Kỹ thuật này đơn giản, không xâm lấn, giúp chẩn đoán và theo dõi các rối loạn khô mắt hoặc bất thường về chất lượng phim nước mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng khô mắt.
- Đánh giá chất lượng màng phim nước mắt trước phẫu thuật khúc xạ hoặc phẫu thuật nhãn khoa khác.
- Theo dõi hiệu quả điều trị bệnh lý giảm ổn định phim nước mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm kết mạc hoặc viêm giác mạc cấp tính.
- Tổn thương, phẫu thuật nhãn cầu chưa lành.
- Dị ứng hoặc mẫn cảm với fluorescein.

4. THẬN TRỌNG

- Tránh chạm đầu giấy fluorescein vào giác mạc.
- Không thực hiện test trong phòng có luồng gió hoặc điều hòa thổi trực tiếp.
- Không để dung dịch fluorescein tiếp xúc với bề mặt dụng cụ không vô khuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt hoặc kỹ thuật viên nhãn khoa được đào tạo.

5.2. Thuốc

- Dung dịch fluorescein 2% hoặc giấy nhuộm fluorescein.
- Nước muối sinh lý 0,9%.

5.3. Vật tư

- Găng tay y tế.
- Băng, gạc vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn khe có ánh sáng xanh cobalt.
- Đồng hồ bấm giờ hoặc bộ đếm thời gian trên đèn khe.
- khay dụng cụ sạch.

5.5. Người bệnh

- Giải thích kỹ thuật, hướng dẫn bệnh nhân hợp tác.
- Tháo kính áp tròng (nếu có).
- Tư thế ngồi ngay ngắn, cằm tì vào giá đỡ, trán tựa vào thanh tựa của đèn khe.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ thông tin hành chính và chỉ định thực hiện test.

5.7. Thời gian thực hiện

- Khoảng 5–10 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng khám chuyên khoa Mắt có trang bị đèn khe.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chỉ định, không chống chỉ định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1. Chuẩn bị

- Kiểm tra đèn khe, ánh sáng xanh cobalt.
- Rửa tay, mang găng, chuẩn bị fluorescein.

Bước 2. Nhỏ fluorescein

- Dùng giấy fluorescein chạm nhẹ vào túi cùng kết mạc dưới (tránh chạm giác mạc).

- Yêu cầu bệnh nhân chớp mắt vài lần để thuốc phân bố đều.

Bước 3. Quan sát

- Chiếu ánh sáng xanh cobalt qua đèn khe.
- Yêu cầu bệnh nhân mở mắt, không chớp.
- Quan sát bề mặt giác mạc. Khi xuất hiện điểm tối đầu tiên (mắt huỳnh quang), dừng bấm giờ.

- Thực hiện 3 lần, lấy giá trị trung bình.

Bước 4. Ghi kết quả

- Ghi giá trị trung bình thời gian vỡ phim nước mắt (giây).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Xón cộm nhẹ: nhỏ nước muối sinh lý 0,9% sau test.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng với fluorescein: rửa mắt bằng nước muối sinh lý, điều trị triệu chứng nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Hiêm gập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/7/2023.

- Bệnh viện Mắt Trung ương (2021), *Hướng dẫn kỹ thuật nhãn khoa cơ bản*, NXB Y học.

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Đèn khe có ánh sáng xanh cobalt	Cái	01	
2	Giấy nhuộm fluorescein hoặc dung dịch fluorescein 2%	Lọ/Tờ	01	Dùng 1 lần
3	Găng tay y tế	Đôi	01	
4	Bông, gạc vô khuẩn	Miếng	02	
5	Nước muối sinh lý 0,9%	Lọ	01	
6	Khay dụng cụ	Cái	01	
7	Đồng hồ bấm giờ hoặc bộ đếm thời gian	Cái	01	
8	Phiếu kết quả đo BUT	Tờ	01	Ghi kết quả

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST SEIDEL (PHÁT HIỆN DÒ THỦY DỊCH)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Test Seidel là kỹ thuật dùng thuốc nhuộm fluorescein kết hợp ánh sáng xanh cobalt để phát hiện sự rò rỉ thủy dịch qua các vết thương giác mạc hoặc củng mạc. Thủy dịch thoát ra sẽ làm loãng fluorescein và tạo thành dòng sáng màu xanh nhạt đặc trưng, gọi là hiện tượng Seidel dương tính.

- Kỹ thuật này giúp xác định có hay không tình trạng dò thủy dịch, mức độ và vị trí rò, hỗ trợ chẩn đoán và quyết định hướng điều trị phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ dò thủy dịch sau chấn thương xuyên giác mạc – củng mạc.
- Sau phẫu thuật mắt (ví dụ: mổ glaucoma, mổ chấn thương, mổ giác mạc) có nghi ngờ rò vết mổ.

- Sau cắt chỉ giác mạc hoặc ghép giác mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính tại chỗ làm test.
- Tồn thương giác mạc rộng, có nguy cơ thủng.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng với fluorescein.

4. THẬN TRỌNG

- Không chạm giấy fluorescein trực tiếp lên vết thương giác mạc.
- Tránh làm test khi người bệnh đang chảy nước mắt nhiều, gây loãng fluorescein, ảnh hưởng kết quả.
- Thực hiện trong điều kiện ánh sáng và vô khuẩn phù hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt hoặc kỹ thuật viên nhãn khoa được đào tạo.

5.2. Thuốc

- Dung dịch fluorescein 2% hoặc giấy nhuộm fluorescein.
- Nước muối sinh lý 0,9%.

5.3. Vật tư

- Găng tay y tế.
- Băng, gạc vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn khe có ánh sáng xanh cobalt.
- Kính lúp soi mắt (nếu không có đèn khe).
- khay dụng cụ sạch.

5.5. Người bệnh

- Giải thích quy trình và mục đích test.
- Loại bỏ kính áp tròng (nếu có).
- Ngồi ở tư thế thoải mái, cằm tì vào giá đỡ, trán tựa thanh tựa của đèn khe.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ chỉ định, mục đích và kết quả test.

5.7. Thời gian thực hiện

- Khoảng 5 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện

- Phòng khám chuyên khoa Mắt hoặc phòng thủ thuật có trang bị đèn khe.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, loại trừ chống chỉ định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**Bước 1. Chuẩn bị**

- Kiểm tra đèn khe, ánh sáng xanh cobalt.
- Rửa tay, mang găng, chuẩn bị fluorescein.

Bước 2. Nhỏ fluorescein

- Dùng giấy nhuộm fluorescein chạm nhẹ vào túi cùng kết mạc dưới (không chạm giác mạc).
- Yêu cầu bệnh nhân chớp mắt để thuốc phân bố đều.

Bước 3. Quan sát

- Chiếu ánh sáng xanh cobalt qua đèn khe.
- Quan sát bề mặt giác mạc, đặc biệt tại vị trí nghi ngờ rò.
- Nếu có thủy dịch rò, sẽ thấy luồng sáng màu xanh nhạt loãng hơn, chảy từ vết thương ra ngoài — đó là Seidel dương tính.

Bước 4. Ghi kết quả

- Seidel dương tính: có hiện tượng dòng loãng fluorescein màu xanh nhạt từ vết thương chảy ra.
- Seidel âm tính: không thấy dòng loãng fluorescein, chỉ thấy màu vàng cam đồng nhất.
- Ghi vị trí và mức độ rò (nhẹ, trung bình, nhiều).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Xốn cộm nhẹ do fluorescein: nhỏ nước muối sinh lý sau test.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Phản ứng dị ứng với fluorescein: rửa mắt bằng nước muối sinh lý, điều trị triệu chứng.

7.3. Biến chứng muộn

- Hầu như không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*, Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/7/2023.

- Bệnh viện Mắt Trung ương (2021), *Hướng dẫn kỹ thuật nhãn khoa cơ bản*, NXB Y học.

- American Academy of Ophthalmology (2022), *Preferred Practice Pattern: Corneal and External Eye Diseases*.

- Kanski J., Bowling B. (2020), *Clinical Ophthalmology – A Systematic Approach*, 9th Edition, Elsevier.

- Duke-Elder S. (2019), *System of Ophthalmology, Vol. VII: Disease of the Outer Eye*, Henry Kimpton.

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Đèn khe có ánh sáng xanh cobalt	Cái	01	
2	Giấy nhuộm fluorescein hoặc dung dịch fluorescein 2%	Lọ/Tờ	01	Dùng 1 lần
3	Nước muối sinh lý 0,9%	Lọ	01	
4	Găng tay y tế	Đôi	01	
5	Bông, gạc vô khuẩn	Miếng	02	
6	Khay dụng cụ sạch	Cái	01	
7	Kính lúp soi mắt (trường hợp không có đèn khe)	Cái	01	
8	Phiếu ghi kết quả test Seidel	Tờ	01	

5. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng pin cắm trực tiếp vào mô ngà răng nhằm nâng đỡ và phục hồi mô cứng của răng.
- Pin ngà là những chốt kim loại nhỏ, được sử dụng gắn hoặc cắm trực tiếp lên ngà răng để phục hồi mô cứng của răng, nhằm tăng khả năng lưu giữ khối hàn ở những răng có tổn thương sâu lớn.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng tổn thương mất mô cứng từ 2-3. thành của răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng tổn thương mất mô cứng sát tủy răng

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ cắm pin ngà.

4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát trùng.
- Bộ vật liệu pin ngà.
- Vật liệu phục hồi thân răng

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn.
- Cách ly vùng làm việc.
- Sửa soạn răng:

- + Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.
- + Dùng mũi khoan kim cương trụ nhỏ tạo các lỗ chốt song song trên mô ngà lành.
- Kiểm tra pin ngà.
- Gắn pin ngà.
- Hàn phục hồi thân răng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Gãy pin ngà: phục hồi lại mô cứng của răng.
- Gãy nứt thân - chân răng: tùy tình trạng đường gãy có thể phải chỉ định nhổ răng.
- Viêm tủy không hồi phục: tháo bỏ pin ngà - điều trị nội nha.

Tài liệu tham khảo:

- Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt. Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.
- Sâu răng và các biến chứng. Chủ biên TS-BS CKII Nguyễn Mạnh Hà. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong quá trình điều trị)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Vật tư tiêu hao		
2.1	Bông gói	Gói	01
2.2	Găng tay	Đôi	03
2.3	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
2.4	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
2.5	Vật liệu phục hồi thân răng		Theo nhu cầu
2.6	Kim nha khoa	Cái	01
3	Thuốc		
3.1	Thuốc gây tê	ống	Theo y lệnh

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
3.2	Bộ cấp cứu sốc phản vệ theo quy định bộ y tế	Bộ	01
3	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt.	Bộ	01
3.2	Săng sạch	Cái	01
3.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan	Cái	01
3.4	Bộ mũi khoan kim cương các loại	Bộ	01
3.5	Máy hút dịch	Bộ	01
3.6	Bộ dụng cụ cắm pin ngà	Bộ	01
4.7	Bộ dụng cụ cách ly cô lập răng	Bộ	01
4.8	Bơm tiêm áp lực	Cái	01

6. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ ONLAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật sử dụng các vật liệu như ceramic, hợp kim, composite... đúc theo hình dạng xoang đã sửa soạn và dán vào đó để phục hồi lại thân răng.
- Inlay là phần phục hồi nằm trong lòng một hay nhiều mặt của thân răng.
- Onlay có bản chất là một inlay loại II (mặt gần, mặt xa, mặt nhai) bao phủ một phần hoặc toàn bộ mặt nhai.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng có các tổn thương mất mô cứng ở thân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có các thành xoang còn lại dưới 2mm.
- Răng có lỗ sâu dưới lợi.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
 - Mũi khoan kim cương các loại
 - Bộ mũi khoan hoàn thiện, dụng cụ đánh bóng.
 - Chỉ tơ nha khoa
 - Đèn quang trùng hợp.
 - Bộ dụng cụ cách ly cô lập răng.
 - Cây hàn các loại.
 - Bộ dụng cụ lấy dấu
- ##### 4.2.2. Thuốc và vật liệu
- Vật liệu lấy dấu
 - Các vật liệu gắn, dán: Tùy theo vật liệu làm inlay, onlay

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.

5. 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 và răng cần điều trị.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

- Làm sạch xoang: Dùng mũi khoan tròn và cây nạo ngà lấy bỏ hết ngà mủn.

- Tạo hình xoang inlay, onlay:

+ Tạo xoang mặt nhai:

Chiều cao của xoang > 1,5mm. Chiều rộng của xoang phải đạt tối thiểu 1,5-2mm đối với răng hàm nhỏ và 2,5- 3mm đối với răng hàm lớn.

Dùng mũi khoan chóp ngược cắt men răng ở rãnh giữa rồi mở rộng theo rãnh của răng theo hướng gần xa.

Dùng mũi trụ tạo xoang hình đuôi én theo hướng song song với trục của răng.

Đáy xoang được mài phẳng, nếu có những khoảng lẹm thì dùng vật liệu thích hợp (cement phosphat hoặc GIC...) để bù lẹm.

+ Tạo xoang mặt bên

Dùng mũi khoan trụ mài sâu xuống ngà răng, xoang mặt bên gồm 4 thành: Thành ngoài trong sâu về phía buồng tủy khoảng 2mm

Thành tủy (thành trục) được mài cong theo hình dạng thân răng.

Thành phía lợi: ở sát đỉnh nướu lợi và hợp với vách tủy một góc 45. độ.

- So màu răng.

- Lấy dấu, đổ mẫu thạch cao.

- Gửi labo đúc inlay, onlay

- Đặt inlay, onlay đã đúc vào xoang

- Kiểm tra độ kín khít và khớp cắn.

- Tiến hành gắn Inlay, Onlay bằng chất gắn phù hợp.

- Hoàn thiện Inlay/ Onlay.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy

- Mẻ, vỡ inlay, onlay, màu sắc không phù hợp: tiến hành thực hiện lại quy trình trên.

Tài liệu tham khảo:

Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt.
Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong quá trình điều trị)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Vật tư tiêu hao		
2.1	Bông gói	Gói	01
2.2	Găng tay	Đôi	03
2.3	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
2.4	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
2.5	Chất lấy dấu, chất gắn		Theo nhu cầu
2.6	Chỉ tơ nha khoa	cm	5-10cm
3	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt, dụng cụ lấy dấu, đồ mẫu.	Bộ	01
3.2	Săng sạch	Cái	01
3.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh	Cái	01
3.4	Bộ mũi khoan kim cương các loại	Bộ	01
3.5	Máy hút dịch	Bộ	01
3.6	Bộ mũi khoan hoàn thiện, dụng cụ đánh bóng.	Bộ	01
4.7	Đèn quang trùng hợp	Cái	01
4.8	Bộ dụng cụ cách ly cô lập răng	Bộ	01
4.9	Cây hàn các loại.	Bộ	01

7. CHỤP THÉP (KIM LOẠI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp kim loại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có chỉ định nhỏ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đồ mẫu....

4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đồ mẫu.
- Vật liệu gắn ...

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng làm chụp.

5. 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 quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hờ: 1-1,2mm.

+ Mặt bên hờ: khoảng 1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đồ mẫu:

- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đồ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc....

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5. phút.

- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy

Tài liệu tham khảo:

-Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt.
Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong quá trình điều trị)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc		
2.1	Thuốc gây tê	Ống	Theo y lệnh
2.2	Bộ cấp cứu sốc phản vệ theo quy định Bộ Y tế	Bộ	01
2.3	Dung dịch natriclorid 0,9% 500ml	Chai	01
3	Vật tư tiêu hao		
3.1	Bông gói	Gói	01
3.2	Găng tay	Đôi	03
3.4	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
3.5	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3.6	Chất lấy dấu, chất gắn		Theo nhu cầu
3.7	Kim nha khoa	Cái	01
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt, dụng cụ lấy dấu, đồ mẫu.	Bộ	01
4.2	Săng sạch	Cái	01
4.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh	Cái	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
4.4	Bộ mũi khoan kim cương	Bộ	01
4.5	Máy hút dịch	Bộ	01
4.6	Bơm tiêm áp lực	Cái	01

8. CẦU HỢP KIM THƯỜNG (CẦU THÉP)

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu hợp kim thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đồ mẫu....

4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đồ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu...

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng giới hạn.

5. 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 quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hờ: 1mm.

+ Mặt bên hờ: khoảng 1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

+ Các răng trụ phải được tạo song song và được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng trụ: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.

3.4. Chế tạo cầu răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn cầu răng:

- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc....

- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.

- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5. phút.

- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy

Tài liệu tham khảo:

-Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt.
Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong quá trình điều trị)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc		
2.1	Thuốc gây tê	Ống	Theo y lệnh
2.2	Thuốc chống sốc (theo quy định Bộ Y tế)	Bộ	01
2.3	Dung dịch natriclorid 0,9% 500ml	Chai	01
3	Vật tư tiêu hao		
3.1	Bông gói	Gói	01
3.2	Găng tay	Đôi	03
3.4	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
3.5	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3.6	Chất lấy dấu, chất gắn		Theo nhu cầu
3.7	Kim nha khoa	Cái	01
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt, dụng cụ lấy dấu, đồ mẫu.	Bộ	01
4.2	Săng sạch	Cái	01
4.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh	Cái	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
4.4	Bộ mũi khoan kim cương	Bộ	01
4.5	Máy hút dịch	Bộ	01
4.6	Bơm tiêm áp lực	Cái	01

9. THÁO CẦU RĂNG GIẢ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ cầu răng giả do cầu răng không đạt yêu cầu hoặc cần nhổ răng trụ

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng trụ cầu có bệnh lý tủy răng.
- Răng trụ cầu có bệnh lý viêm quanh cuống răng.
- Cầu sứ vỡ.
- Cầu răng không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.
- Người bệnh có kế hoạch điều trị tia xạ vùng miệng và hàm mặt.
- Răng trụ cầu cần nhổ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng trụ lung lay độ 4

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm
- Bộ dụng cụ tháo chụp.

4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Gây tê vùng răng cần điều trị.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.

5. 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 quy trình kỹ thuật

3.1. Cắt cầu.

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt từng chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo cầu.

- Dùng dụng cụ thích hợp nối lỏng chụp.

3.2. Tháo cầu

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấy chụp răng đã cắt ra khỏi răng mang chụp.

- Lấy bỏ xi măng gắn chụp khỏi bề mặt thân răng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Răng tổn thương mất mô cứng: Phục hồi lại mô cứng thân răng.

2. Sau khi điều trị

Không có tai biến.

Tài liệu tham khảo:

-Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt.
Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Vật tư tiêu hao		
2.1	Bông gói	Gói	01
2.2	Găng tay	Đôi	03
2.3	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
2.4	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt, dụng cụ tháo chụp nha khoa.	Bộ	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
3.2	Săng sạch	Cái	01
3.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh	Cái	01
3.4	Bộ mũi khoan kim cương	Bộ	01
3.5	Máy chụp Xquang cận chóp	Cái	01
3.6	Máy hút dịch	Bộ	01

10. THÁO CHỤP RĂNG GIẢ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ chụp răng giả do chụp răng không đạt yêu cầu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mang chụp có bệnh lý tủy răng.
- Răng mang chụp có bệnh lý viêm quanh cuống răng.
- Chụp sứ vỡ.
- Chụp răng không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.
- Người bệnh có kế hoạch điều trị tia xạ vùng miệng và hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng mang chụp lung lay độ 4

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

4.2. Phương tiện

4.2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm
- Bộ dụng cụ tháo chụp.

4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.

5. 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 quy trình kỹ thuật

3.1. Cắt chụp.

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo chụp.
- Dùng dụng cụ thích hợp nối lỏng chụp.

3.2. Tháo chụp

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấy chụp răng đã cắt ra khỏi răng mang chụp.
- Lấy bỏ xi măng gắn chụp khỏi bề mặt thân răng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Răng tổn thương mất mô cứng: Phục hồi lại mô cứng thân răng.

2. Sau khi điều trị

Không có tai biến.

Tài liệu tham khảo:

-Phục hình răng cố định- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt.
Chủ biên Bác sĩ CKII Nguyễn Văn Bài. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Vật tư tiêu hao		
2.1	Bông gói	Gói	01
2.2	Găng tay	Đôi	03
2.3	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
2.4	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trầm, ống hút nước bọt, dụng cụ tháo chụp nha khoa.	Bộ	01
3.2	Săng sạch	Cái	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
3.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh	Cái	01
3.4	Bộ mũi khoan kim cương	Bộ	01
3.5	Máy chụp Xquang cận chóp	Cái	01
3.6	Máy hút dịch	Bộ	01

11. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG 1 THÌ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Loại bỏ hoàn toàn mô tủy bệnh lý trong 1 lần hẹn.
- Làm sạch, tạo hình và trám bít hệ thống ống tủy ngay trong cùng một buổi điều trị.
- Bảo tồn răng, đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục nhưng chưa có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, chưa lan rộng.
- Răng cần phục hồi sớm (do yêu cầu chức năng/thẩm mỹ).
- Bệnh nhân có sức khỏe toàn thân tốt, hợp tác tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có nhiễm trùng cấp, áp xe lan tỏa, viêm quanh cuống cấp.
- Răng có hệ thống ống tủy phức tạp, khó kiểm soát vô khuẩn trong 1 lần hẹn.
- Người bệnh không hợp tác, có bệnh toàn thân nặng chưa kiểm soát.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt chuyên khoa Nội nha.
- Trợ thủ hỗ trợ dụng cụ và chăm sóc bệnh nhân.

4.2. Phương tiện

- Gương, thám trám, kẹp gấp.
- Bộ dụng cụ mở tủy, trám tay hoặc trám máy.
- Máy định vị chóp, X-quang kỹ thuật số.
- Hệ thống trám bít (gutta-percha, sealer, máy lèn nhiệt hoặc kỹ thuật lateral condensation).
- Dung dịch rửa: NaOCl 2,5–5,25%, EDTA, NaCl 0,9%.
- Dụng cụ che chắn cao su (rubber dam).

4.3. Người bệnh

- Giải thích quy trình, ký cam kết.
- Gây tê vùng răng cần điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cách ly răng bằng đê cao su.
- Mở tủy: tạo lối vào buồng tủy đúng nguyên tắc, loại bỏ trần buồng tủy.
- Xác định chiều dài làm việc bằng máy định vị chóp và phim X-quang.
- Tạo hình và làm sạch ống tủy:

- Dùng trâm tay hoặc trâm máy theo trình tự, đảm bảo nguyên tắc “crown-down” hoặc “step-back”.
- Rửa liên tục bằng NaOCl, EDTA xen kẽ NaCl. Làm khô ống tủy bằng giấy hút.
- Trám bít ống tủy ngay trong buổi bằng gutta-percha + sealer.
- Kỹ thuật: lèn ngang, lèn dọc nóng, hoặc hệ thống thermoplasticized.
- Chụp phim kiểm tra sau trám bít.
- Trám phục hồi tạm/thường thân răng để đảm bảo kín khít.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Có thể đau sau điều trị vài ngày → kê giảm đau, kháng viêm nếu cần.
- Tai biến: thủng sàn, gãy dụng cụ, trám bít ngắn/quá chóp.
+ Xử trí: theo dõi, điều trị lại, hoặc can thiệp ngoại nha nếu cần.

7. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

- Ống tủy được làm sạch, tạo hình và trám bít ngay trong 1 lần hẹn.
- Vật liệu trám bít sát khít, không rỗng, không thừa ra ngoài chóp.
- Bệnh nhân hết đau, ăn nhai bình thường

Tài liệu tham khảo:

- Chữa răng và nội nha Tập 1+2- Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt. Chủ biên Tiến sĩ Trần Ngọc Thành. NXB Giáo dục Việt Nam.
- Sửa soạn hệ thống ống tủy trong điều trị nội nha. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, bộ môn chữa răng và nội nha. Chủ biên PGS- Tiến sĩ Phạm Văn Khoa.

PHỤ LỤC: DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	03
1.1	Phẫu thuật viên chính (BS răng hàm mặt có kinh nghiệm)	Người	01
1.2	Phẫu thuật viên phụ	Người	01
1.4	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc		
2.1	Thuốc gây tê	Ống	Theo y lệnh
2.2	Thuốc chống sốc (theo quy định Bộ Y tế)	Bộ	01
2.3	Dung dịch natriclorid 0,9% 500ml	Chai	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
3	Vật tư tiêu hao		
3.1	Bông gói	Gói	02
3.2	Găng tay	Đôi	03
3.4	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
3.5	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3.6	Bơm tiêm 5ml	Cái	01
3.7	Chất hàn GIC, MTA hoặc Costisomol, guttapercha, côn giấy.	Cái	Theo nhu cầu
3.8	Dung dịch rửa: NaOCl 2,5–5,25%, EDTA	ml	03
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trâm, ống hút nước bọt, bộ lèn.	Bộ	01
4.2	Săng sạch	Cái	01
4.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh-tay khoan giảm tốc	Cái	01
4.4	Bộ file các cỡ, mũi khoan kim cương, lentullo	Bộ	01
4.5	Máy cắt guttapercha	Cái	01
4.6	Máy chụp Xquang cận chóp	Cái	01
4.7	Máy hút dịch	Bộ	01
4.8	Bơm tiêm áp lực	Cái	01
4.9	Bộ dụng cụ cách ly nha khoa	Bộ	01

12. NHỔ RĂNG KHÔNG SANG CHẤN ĐỂ CÂY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấy bỏ răng bệnh lý mà không gây tổn thương mô cứng và mô mềm quanh răng.
- Bảo tồn tối đa bản xương ổ răng, đặc biệt là bản xương ngoài.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho việc phục hồi sau này (cây ghép Implant hoặc phục hình khác).

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng sâu lớn, vỡ lớn, không còn khả năng phục hồi.
- Răng lung lay nhiều do viêm quanh răng.
- Răng gãy dọc, gãy ngang chân.
- Răng có tiên lượng xấu cần loại bỏ để chuẩn bị cho phục hình/cây ghép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa kiểm soát (tim mạch diễn biến nặng, tiểu đường mất bù, rối loạn đông máu...).
- Vùng răng cần nhổ đang có viêm nhiễm cấp tính (áp xe lan tỏa, viêm mô tế bào).
- Người bệnh không hợp tác

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt có kinh nghiệm về nhổ răng không sang chấn.
- Điều dưỡng hỗ trợ dụng cụ và chăm sóc bệnh nhân.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ nhổ răng không sang chấn: kìm, bẫy chuyên dụng
- Bộ mũi khoan kim cương, bộ khám nha khoa gương gấp, thám trầm, ống hút nước bọt.
- Dao mổ, cây bóc tách nướu.
- Thuốc tê, chỉ khâu tiêu chậm, bông cầm máu
- Dung dịch sát khuẩn (povidone iodine, natriclorid 0,9%).

4.5. Người bệnh

- Được giải thích thủ thuật, ký cam kết.
- Vệ sinh răng miệng trước thủ thuật.
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật, gây tê tại chỗ.

4.6. Hồ sơ bệnh án

- Chụp Xquang hoặc cắt lớp vi tính hàm mặt đánh giá tình trạng răng, xương mô mềm, các cấu trúc giải phẫu liên quan: ống thần kinh.

4.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút- 1 giờ.

4.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật răng hàm mặt có đầy đủ trang thiết bị ghế máy nha khoa.

4.9. Kiểm tra hồ sơ

- Đánh giá xương mô mềm vùng răng cần phẫu thuật
- Lên kế hoạch phẫu thuật chi tiết
- Chuẩn bị các biện pháp dự phòng

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Thực hiện dịch vụ theo các bước sau:

1. Rạch và bóc tách mô mềm (nếu cần, ưu tiên bảo tồn mô nướu).
2. Có thể chia cắt thân, chân răng, cố gắng không làm tổn thương xương ổ răng, mô mềm.
3. Tách răng khỏi xương ổ răng bằng lực xoay, lắc nhẹ nhàng.
4. Lấy răng ra ngoài mà không làm vỡ bản xương.
5. Xử lý ổ nhỏ: nạo sạch mô viêm, rửa bằng natriclorid 0,9%, đặt bông cầm máu.
6. Khâu lại mô mềm (nếu có rạch vạt hoặc tổn thương nướu).

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Chảy máu, đau, sưng sau nhổ.

7.2. Xử lý tai biến

- Vỡ bản xương, gãy chân răng sót lại, rách vạt nướu.
- Xử trí: lấy mảnh sót, làm nhẵn xương, khâu lại mô mềm, kiểm soát chảy máu.

8. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

- Răng được nhổ ra khỏi ổ hoàn toàn.
- Bản xương ổ răng và nướu được bảo tồn tối đa.
- Ổ nhỏ sạch, cầm máu tốt.

Tài liệu tham khảo:

- Phẫu thuật miệng (Giáo trình dạy- học sau đại học) Trường Đại học Y Hà Nội, viện đào tạo Răng hàm mặt. Chủ biên Tiến sĩ Nguyễn Phú Thắng. NXB Giáo dục Việt Nam.

PHỤ LỤC DANH MỤC CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN KỸ THUẬT

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc phẫu thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	03
1.1	Phẫu thuật viên chính	Người	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1.2	Phẫu thuật viên phụ	Người	01
1.3	Phụ dụng cụ, giúp việc	Người	01
2	Thuốc		
2.1	Thuốc gây tê	Ống	Theo y lệnh
2.2	Kháng sinh	Lọ	02
2.3	Dịch natriclorid 0,9%	Chai	01
2.4	Bộ dụng cụ cấp cứu sốc phản vệ theo quy định BHYT	Bộ	01
3	Vật tư tiêu hao		
3.1	Bông gói	Gói	02
3.2	Găng tay phẫu thuật	Đôi	03
3.4	Mũ, khẩu trang y tế	Cái	03
3.5	Povidine, dung dịch rửa tay	ml	20
3.6	Bơm tiêm 5ml	Cái	01
3.7	Bông cầm máu	Miếng	03
3.8	Găng tay	Đôi	03
3.9	Chỉ khâu tự tiêu	Sợi	01
3.10	Kim nha khoa	Cái	01
3.11	Dao mổ số 11 hoặc 15	Cái	01
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Bộ dụng cụ nha khoa gương, gắp, thám trâm, ống hút nước bọt.	Bộ	01
4.2	Săng sạch	Cái	01
4.3	Ghế máy nha khoa, tay khoan nhanh-tay khoan giảm tốc	Cái	01
4.4	Bộ mũi khoan kim cương	Bộ	01
4.5	Máy chụp Xquang cận chóp	Cái	01
4.6	Máy hút dịch	Bộ	01
4.7	Bộ kim, bẫy không sang chấn chuyên dụng, bóc tách	Bộ	01

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
4.8	Bộ khâu ngoại khoa	Bộ	01
4.9	Bơm tiêm áp lực	Cái	01

13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT U BÓNG VATER QUA NỘI SOI ĐỂ ĐIỀU TRỊ U BÓNG VATER

1. ĐẠI CƯƠNG

U bóng Vater là một bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2% các khối u đường tiêu hóa. Điều trị chuẩn trước đây chủ yếu là phẫu thuật cắt khối tá tụy, tuy nhiên với sự phát triển của nội soi can thiệp, kỹ thuật cắt u bóng Vater qua nội soi (Endoscopic Papillectomy) đã trở thành phương pháp ít xâm lấn, có hiệu quả trong các trường hợp u lành tính hoặc loạn sản tại chỗ, và một số ung thư biểu mô tại chỗ chưa xâm lấn sâu.

2. CHỈ ĐỊNH

- U bóng Vater dạng tuyến (adenoma) có loạn sản nhẹ, trung bình, nặng.
- U nhú bóng Vater giới hạn, chưa xâm lấn sâu cơ Oddi.
- Ung thư biểu mô tại chỗ hoặc Tis.
- Các tổn thương được xác định qua nội soi, sinh thiết và hình ảnh chẩn đoán chưa có xâm lấn xa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bóng Vater đã xâm lấn sâu hoặc di căn hạch, di căn xa.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Người bệnh trong tình trạng suy hô hấp, suy tim nặng.
- Không hợp tác hoặc có chống chỉ định gây mê, tiền mê.

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương có kích thước lớn > 3cm cần cân nhắc phẫu thuật.
- Cần trọng nguy cơ viêm tụy cấp sau thủ thuật.
- Nguy cơ chảy máu muộn hoặc thủng tá tràng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ nội soi tiêu hóa giàu kinh nghiệm.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Thuốc an thần/gây mê: Midazolam, Propofol.
- Kháng sinh dự phòng.
- Giãn cơ Oddi: Hyoscine butylbromide hoặc glucagon.
- Dung dịch cầm máu, adrenaline pha loãng.

5.3. Vật tư

- Găng tay, bông gạc, bơm tiêm.
- Lọ đựng bệnh phẩm.
- Clip cầm máu, ống stent mật-tụy dự phòng.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi.
- Snare cắt u chuyên dụng.
- Dao cắt, catheter tiêm, kìm kẹp cầm máu.
- Nguồn điện cao tần.
- Stent đường mật, stent tụy.
- Máy theo dõi và dụng cụ cấp cứu.

5.5. Người bệnh

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước thủ thuật.
- Giải thích quy trình, nguy cơ, ký cam kết.
- Xét nghiệm đông máu, sinh hóa, hình ảnh (CT, MRI nếu cần).

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái, an thần/gây mê, theo dõi sinh hiệu.

Bước 2: Nội soi tiếp cận bóng Vater, đánh giá đặc điểm tổn thương, xác định ranh giới.

Bước 3: Tiêm nâng dưới niêm quanh tổn thương bằng dung dịch pha indigo carmine (nếu cần).

Bước 4: Dùng snare cắt trọn u bóng Vater bằng dòng cắt cao tần.

Bước 5: Gấp bệnh phẩm, cố định trong formol gửi giải phẫu bệnh.

Bước 6: Kiểm tra diện cắt, cầm máu bằng clip hoặc APC. Đặt stent mật và/hoặc tụy dự phòng biến chứng viêm tụy hoặc tắc mật.

Bước 7: Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật ít nhất 24-48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Chảy máu: can thiệp clip, APC, adrenaline.
- Viêm tụy cấp: dự phòng bằng đặt stent tụy, sử dụng NSAIDs đường trực tràng.
- Thủng tá tràng: xử trí bằng clip nội soi hoặc phẫu thuật.
- Nhiễm trùng đường mật: điều trị kháng sinh, dẫn lưu.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ASGE guideline on the role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas. Gastrointest Endosc 2015.
2. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: Endoscopic management of ampullary lesions. Endoscopy 2021.
3. Nguyễn Quang Trung, Trần Văn Huy. Nội soi tiêu hóa can thiệp. Nhà xuất bản Y học 2020.

14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BÓC TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U ỚNG TIÊU HÓA

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc tách dưới niêm mạc qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection - ESD) là kỹ thuật can thiệp tiên tiến, cho phép cắt trọn khối u trong ống tiêu hóa (thực quản, dạ dày, đại trực tràng) với kích thước lớn, giúp lấy bệnh phẩm nguyên vẹn để chẩn đoán và điều trị triệt căn.

2. CHỈ ĐỊNH

- U niêm mạc hoặc dưới niêm mạc dạ dày, thực quản, đại trực tràng kích thước > 20mm.
- Ung thư sớm đường tiêu hóa chưa xâm lấn hạch, chưa di căn xa.
- Các tổn thương tái phát sau khi đã cắt niêm mạc qua nội soi (EMR).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng.
- Tình trạng toàn thân nặng: suy hô hấp, suy tim, sốc nhiễm trùng.
- Nghi ngờ thủng hoặc viêm phúc mạc.
- Không hợp tác hoặc chống chỉ định gây mê.

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương có xơ hóa dưới niêm mạc gây khó khăn khi bóc tách.
- U quá lớn > 40mm cần cân nhắc.
- Cần thận nguy cơ chảy máu và thủng trong quá trình thực hiện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ nội soi tiêu hóa giàu kinh nghiệm.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc an thần/gây mê (Midazolam, Propofol).
- Thuốc nhuộm màu: Indigo carmine, Methylene blue.
- Dung dịch tiêm nâng: NaCl 0.9%, dung dịch HA, Glycerol.
- Kháng sinh dự phòng, thuốc cầm máu.

5.3. Vật tư

- Găng tay, bơm tiêm, lọ bệnh phẩm, lam kính.
- Clip cầm máu, snare, bông gạc.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi dạ dày/đại tràng.
- Dao cắt niêm mạc: Dual knife, IT knife.
- Kìm cầm máu, clip, APC.
- Máy bơm CO₂, nguồn điện cao tần, máy theo dõi.

5.5. Người bệnh

- Nhịn ăn ≥ 6 giờ trước thủ thuật.
- Làm sạch đại tràng nếu tổn thương ở đại tràng.
- Giải thích nguy cơ và ký cam kết.
- Xét nghiệm đông máu, sinh hóa, hình ảnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Bước 1: Đặt tư thế bệnh nhân, theo dõi sinh hiệu.
- Bước 2: Nội soi quan sát, đánh dấu ranh giới quanh tổn thương.
- Bước 3: Tiêm dung dịch nâng dưới niêm có pha màu.
- Bước 4: Dùng dao Dual knife rạch niêm mạc, tạo cửa sổ.
- Bước 5: Tiếp tục bóc tách lớp dưới niêm quanh toàn bộ tổn thương bằng IT knife.
- Bước 6: Gấp bệnh phẩm, cố định gửi giải phẫu bệnh.
- Bước 7: Cầm máu điện cắt bằng clip, APC.
- Bước 8: Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu nội soi bằng clip, APC.
- Thủng: đóng clip nội soi, nếu không hiệu quả chuyển phẫu thuật.
- Hẹp sau can thiệp: nong bóng, corticoid.
- Viêm phổi hít, biến chứng do gây mê.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES) Guidelines for ESD/EMR. 2019.
2. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: Colorectal ESD. Endoscopy 2015.
3. Bộ Y tế Việt Nam. Quy trình kỹ thuật nội soi tiêu hóa 2022.

15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dẫn lưu não thất là thủ thuật đặt ống dẫn lưu từ não thất ra ngoài để dẫn lưu dịch não tủy.
- Mục đích: Giảm áp lực nội sọ trong các trường hợp tăng áp lực nội sọ do xuất huyết não thất, viêm não – màng não, u não gây tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết não thất.
- Não úng thủy cấp do u não, viêm màng não.
- Tăng áp lực nội sọ không đáp ứng với điều trị nội khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng da, mô mềm vùng đặt dẫn lưu.

4. THẬN TRỌNG

- Nguy cơ nhiễm trùng cao → yêu cầu vô khuẩn tuyệt đối.
- Đặt sai vị trí có thể gây tổn thương não, xuất huyết.
- Cần theo dõi áp lực và lượng dịch dẫn lưu thường xuyên.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 bác sĩ Ngoại Thần kinh.
- Phụ phẫu thuật: 01–02 người.
- Điều dưỡng gây mê, hồi sức.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê, an thần, giảm đau.
- Kháng sinh dự phòng.

5.3. Vật tư – Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh.
- Khoan sọ tay hoặc máy.
- Bộ dẫn lưu não thất (ống dẫn lưu, van, túi chứa dịch).
- Gạc, chỉ khâu, băng ép.

5.4. Trang thiết bị

- Máy khoan sọ.
- Máy theo dõi sinh hiệu.
- Máy hút, hệ thống dẫn lưu dịch vô khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về chỉ định, quy trình, nguy cơ.
- Xét nghiệm cơ bản: máu, đông máu, hình ảnh (CT, MRI).
- Ký giấy cam đoan.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

6. TIỀN HÀNH KỸ THUẬT

Bước 1: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ (tùy tình trạng bệnh nhân).

Bước 2: Xác định vị trí khoan sọ (điểm Kocher: cách đường giữa 2,5–3 cm, trước bờ trước thóp trước 1 cm).

Bước 3: Sát khuẩn, trải săng vô khuẩn.

Bước 4: Rửa da, khoan lỗ sọ, mở màng cứng.

Bước 5: Đưa ống dẫn lưu vào não thất bên (hướng về điểm giao của lỗ Monro).

Bước 6: Khi có dịch não tủy chảy ra, nối ống dẫn lưu với hệ thống dẫn lưu ngoài vô khuẩn.

Bước 7: Cố định ống dẫn lưu, khâu da, băng ép.

Bước 8: Nối ống dẫn lưu với túi chứa, điều chỉnh độ cao túi để kiểm soát áp lực dẫn lưu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ.
- Không vào não thất: kiểm tra lại hướng và độ sâu, khoan lại nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: sốt, dịch đục → cấy dịch, kháng sinh, thay ống dẫn lưu.
- Tắc ống dẫn lưu: dịch không chảy, áp lực tăng → kiểm tra, thay ống.
- Dẫn lưu quá mức: tụt não, đau đầu → điều chỉnh độ cao túi dẫn lưu.

8. BIẾN CHỨNG MUỘN

- Nhiễm trùng não thất – màng não.
- Tổn thương não, xuất huyết não thất.
- Phụ thuộc dẫn lưu kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật Ngoại Thần kinh – Bộ Y tế.
2. Sổ tay phẫu thuật thần kinh lâm sàng.

PHỤ LỤC
DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH
CHỮA BỆNH

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên tực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2% 5g	tube	1
2.3	Kháng sinh dự phòng	Lọ	10
2.4	xylomethazolin	Lọ	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	bông – gạc – bắc mũi	cái	3
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút , hệ thống dẫn lưu dịch vô khuẩn.	cái	1

4.3	Dao điện	Bộ	1
4.4	Bàn vít dụng cụ	cái	1
4.5	Khoan sọ tay hoặc máy	Bộ	01
4.6	Dụng cụ phẫu thuật thần kinh	Bộ	01
4.7	Máy theo dõi sinh hiệu	Cái	01
4.8	Bộ dẫn lưu não thất (ống dẫn lưu, van, túi chứa dịch).	Bộ	1

16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT VÙNG DƯỚI HỐ THÁI DƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật vùng dưới hố thái dương là phẫu thuật nhằm tiếp cận và xử trí các bệnh lý vùng nền sọ giữa, bao gồm u, dị dạng mạch máu, chấn thương hoặc tổn thương viêm Nhiễm.

Đây là phẫu thuật có độ khó cao, yêu cầu xác định chính xác mốc giải phẫu và bảo tồn các cấu trúc thần kinh – mạch máu quan trọng.

2. CHỈ ĐỊNH

U nền sọ vùng hố thái dương (u màng não, u thần kinh, u tuyến yên lan rộng...).

Dị dạng mạch máu vùng hố thái dương.

Chấn thương sọ não có tổn thương vùng hố thái dương cần can thiệp.

Tổn thương viêm hoặc bệnh lý khác cần phẫu thuật tiếp cận vùng này.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

Tình trạng toàn thân quá nặng, không chịu được gây mê phẫu thuật.

Nhiễm trùng da, mô mềm vùng phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Nguy cơ tổn thương mạch máu lớn (động mạch cảnh trong, xoang tĩnh mạch hang).

Nguy cơ tổn thương thần kinh sọ (III, IV, V, VI).

Nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng sau mổ.

Yêu cầu vô khuẩn tuyệt đối, theo dõi chặt chẽ áp lực nội sọ, sinh hiệu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ Ngoại Thần kinh/ Tai Mũi Họng chuyên sâu nền sọ; Phụ phẫu thuật: 1–2 người; Gây mê hồi sức: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc gây mê, an thần, giảm đau; Kháng sinh dự phòng; Thuốc cầm máu, dịch truyền, thuốc vận mạch (nếu cần).

5.3. Vật tư – Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, tai mũi họng; Khoan sọ tay hoặc máy; Dao điện, hệ thống hút; Kính vi phẫu hoặc hệ thống nội soi hỗ trợ; Gạc, chỉ khâu, băng ép.

5.4. Trang thiết bị: Máy khoan sọ, dao điện, kính vi phẫu/nội soi; Máy theo dõi sinh hiệu, monitor thần kinh (nếu có); Hệ thống hút dịch vô khuẩn.

5.5. Người bệnh: Giải thích thủ thuật, nguy cơ, ký cam kết; Làm xét nghiệm cơ bản: máu, đông máu, chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI).

5.6. Hồ sơ bệnh án: Biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Bước 1: Gây mê toàn thân.

Bước 2: Đặt tư thế bệnh nhân phù hợp (nằm ngửa, đầu xoay nhẹ sang bên đối diện).

Bước 3: Sát khuẩn, trải sẵn vô khuẩn.

Bước 4: Rửa da vùng thái dương, bóc tách vạt da – cân cơ.

Bước 5: Mở xương thái dương / khoan xương để bộc lộ nền sọ.

Bước 6: Mở màng cứng, tiếp cận hố thái dương.

Bước 7: Xử trí tổn thương (lấy u, kiểm soát chảy máu, sửa chữa tổn thương).

Bước 8: Đóng màng cứng, ghép xương/đặt vật liệu thay thế nếu cần.

Bước 9: Đặt dẫn lưu (nếu chỉ định), khâu vạt cân cơ và da, băng ép.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong mổ: Chảy máu nhiều: cầm máu, truyền máu; Tổn thương mạch máu, thần kinh: xử trí chuyên biệt.

Sau mổ: Nhiễm trùng vết mổ: điều trị kháng sinh, thay băng; Tụ máu ngoài màng cứng, dưới màng cứng: phát hiện sớm bằng lâm sàng và hình ảnh, xử trí phẫu thuật nếu cần; Rò dịch não tủy: khâu vá màng cứng, dẫn lưu.

8. BIẾN CHỨNG MUỘN

Liệt dây thần kinh sọ.

Động kinh sau mổ.

Sẹo co kéo, biến dạng vùng thái dương.

Tái phát u hoặc tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại Thần Kinh (Theo Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế).
2. Đề cương tài liệu chuyên môn, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. Tài liệu phẫu thuật nền sọ.
4. Sổ tay phẫu thuật thần kinh lâm sàng.

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

Danh mục	Đơn vị	Số lượng
Phẫu thuật viên	Người	1
Phụ phẫu thuật	Người	2
Điều dưỡng gây mê hồi sức	Người	1
Thuốc gây mê, an thần, giảm đau	Gói	Theo BN
Kháng sinh dự phòng	Lọ	10
Povidin 10%	ml	50

Áo, mũ, khẩu trang, găng phẫu thuật	Bộ	Theo kíp
Máy khoan sọ	Cái	1
Dao điện	Bộ	1
Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, TMH	Bộ	1
Kính vi phẫu/nội soi	Bộ	1
Máy hút, hệ thống dẫn lưu dịch	Cái	1
Máy theo dõi sinh hiệu	Cái	1

17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Động mạch sàng trước và động mạch sàng sau là các nhánh của động mạch mắt, đi qua thành trong hốc mắt để vào mũi.
- Chảy máu mũi nặng (epistaxis) vùng cao hốc mũi thường xuất phát từ các nhánh động mạch sàng.
- Phẫu thuật thắt động mạch sàng được chỉ định khi chảy máu mũi nặng không cầm bằng các biện pháp bảo tồn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi nặng vùng sàng – khe trên, không kiểm soát được bằng nhét bấc, đốt điện hoặc các biện pháp thông thường.
- Chảy máu mũi tái phát nhiều lần từ động mạch sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện gây mê.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Viêm nhiễm nặng hốc mũi – xoang chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Động mạch sàng nằm sát nền sọ và ổ mắt, nguy cơ tổn thương thần kinh thị giác, ổ mắt hoặc rò dịch não tủy.
- Cần xác định chính xác vị trí động mạch trên phim CT scan xoang trước mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 bác sĩ Tai Mũi Họng có kinh nghiệm phẫu thuật mũi xoang.
- Phụ mổ: 01–02 người.
- Kíp gây mê hồi sức: 01–02 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê nội khí quản.
- Thuốc cầm máu tại chỗ (adrenaline pha loãng).
- Kháng sinh, corticoid dự phòng.

5.3. Vật tư – Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mũi xoang.

- Dao điện, kẹp cầm máu, bông – gạc tẩm thuốc.
- Chỉ khâu, bác mũi.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống mũi xoang (0° , 30°).
- Camera, màn hình, nguồn sáng.
- Máy hút, dao điện.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, nguy cơ và lợi ích.
- Làm xét nghiệm cơ bản, đánh giá đông máu.
- Chụp CT scan xoang nếu cần.
- Ký giấy cam đoan.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Đủ chỉ định phẫu thuật, hội chẩn, phiếu duyệt mổ, kết quả xét nghiệm.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Bước 1: Gây mê nội khí quản.

Bước 2: Hốc mũi, co mạch niêm mạc bằng gạc tẩm adrenaline.

Bước 3: Tiếp cận vùng xoang sàng trước, bóc tách dọc thành trong hốc mắt đến khe sàng – trán.

Bước 4: Nhận diện ống động mạch sàng trước và/hoặc sau.

Bước 5: Bộc lộ và kẹp, cắt hoặc đốt điện thắt động mạch sàng.

Bước 6: Kiểm tra cầm máu kỹ, đặt bác mũi khi cần.

Bước 7: Kết thúc phẫu thuật, chuyển bệnh nhân hồi tỉnh, theo dõi sát.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong mổ:

- Chảy máu: ép gạc, đốt điện, thắt mạch.
- Tồn thương ổ mắt: theo dõi, hội chẩn nhãn khoa nếu có biến chứng.
- Rò dịch não tủy: vá màng cứng bằng mỡ hoặc cân cơ tự thân.

7.2. Sau mổ:

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu tái phát: kiểm tra lại vị trí thắt, can thiệp lại khi cần.

7.3. BIẾN CHỨNG MUỘN

- Sẹo dính trong hốc mũi.
- Chảy máu tái phát.
- Giảm thị lực (hiếm gặp, do tổn thương thần kinh thị giác).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng – Bộ Y tế.

2. Hướng dẫn phẫu thuật mũi xoang nâng cao.

PHỤ LỤC**DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên tực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2% 5g	tube	1
2.3	Kháng sinh dự phòng	Lọ	10
2.4	xylomethazolin	Lọ	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	bông – gạc – bắc mũi	cái	3
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút , hệ thống dẫn lưu dịch vô khuẩn.	cái	1
4.3	Dao điện	Bộ	1

4.4	Bàn tit dụng cụ	cái	1
4.5	Dụng cụ phẫu thuật mũi xoang	Bộ	01
4.6	Máy theo dõi sinh hiệu	Cái	01

18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI THẮT ĐỘNG MẠCH SÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Động mạch sàng trước và động mạch sàng sau là các nhánh của động mạch mắt, đi qua thành trong hốc mắt để vào mũi.
- Chảy máu mũi nặng (epistaxis) vùng cao hốc mũi thường xuất phát từ các nhánh động mạch sàng.
- Phẫu thuật nội soi thắt động mạch sàng được chỉ định khi chảy máu mũi nặng không cầm bằng các biện pháp bảo tồn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi nặng vùng sàng – khe trên, không kiểm soát được bằng nhét bấc, đốt điện hoặc các biện pháp thông thường.
- Chảy máu mũi tái phát nhiều lần từ động mạch sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đủ điều kiện gây mê.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Viêm nhiễm nặng hốc mũi – xoang chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Động mạch sàng nằm sát nền sọ và ổ mắt, nguy cơ tổn thương thần kinh thị giác, ổ mắt hoặc rò dịch não tủy.
- Cần xác định chính xác vị trí động mạch trên phim CT scan xoang trước mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 bác sĩ Tai Mũi Họng có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Phụ mổ: 01–02 người.
- Kíp gây mê hồi sức: 01–02 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê nội khí quản.
- Thuốc cầm máu tại chỗ (adrenaline pha loãng).
- Kháng sinh, corticoid dự phòng.

5.3. Vật tư – Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Dao điện, kẹp cầm máu, bông – gạc tẩm thuốc.
- Chỉ khâu, bấc mũi.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống nội soi mũi xoang (0°, 30°).
- Camera, màn hình, nguồn sáng.
- Máy hút, dao điện.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, nguy cơ và lợi ích.
- Làm xét nghiệm cơ bản, đánh giá đông máu.
- Chụp CT scan xoang nếu cần.
- Ký giấy cam đoan.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Đủ chỉ định phẫu thuật, hội chẩn, phiếu duyệt mổ, kết quả xét nghiệm.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Bước 1: Gây mê nội khí quản.

Bước 2: Nội soi hốc mũi, co mạch niêm mạc bằng gạc tẩm adrenaline.

Bước 3: Tiếp cận vùng xoang sàng trước, bóc tách dọc thành trong hốc mắt đến khe sàng – trán.

Bước 4: Nhận diện ống động mạch sàng trước và/hoặc sau.

Bước 5: Bộc lộ và kẹp, cắt hoặc đốt điện thắt động mạch sàng.

Bước 6: Kiểm tra cầm máu kỹ, đặt bác mũi khi cần.

Bước 7: Kết thúc phẫu thuật, chuyển bệnh nhân hồi tỉnh, theo dõi sát.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong mổ:

- Chảy máu: ép gạc, đốt điện, thắt mạch.
- Tổn thương ổ mắt: theo dõi, hội chẩn nhãn khoa nếu có biến chứng.
- Rò dịch não tủy: vá màng cứng bằng mỡ hoặc cân cơ tự thân.

7.2. Sau mổ:

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu tái phát: kiểm tra lại vị trí thắt, can thiệp lại khi cần.

7.3. BIẾN CHỨNG MUỘN

- Sẹo dính trong hốc mũi.
- Chảy máu tái phát.
- Giảm thị lực (hiếm gặp, do tổn thương thần kinh thị giác).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

3. Quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng – Bộ Y tế.
4. Hướng dẫn phẫu thuật nội soi mũi xoang nâng cao.

PHỤ LỤC
DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên tục tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2% 5g	tube	1
2.3	Kháng sinh dự phòng	Lọ	10
2.4	xylomethazolin	Lọ	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	bông – gạc – bắc mũi	cái	3
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút , hệ thống dẫn lưu dịch vô khuẩn.	cái	1
4.3	Dao điện	Bộ	1
4.4	Bàn tit dụng cụ	cái	1

4.5	Dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang	Bộ	01
4.6	Máy theo dõi sinh hiệu	Cái	01

19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ổ mắt là một cấu trúc xương – mô mềm phức tạp, dễ tổn thương trong chấn thương vùng hàm mặt.
- Gãy thành ổ mắt (thường là thành dưới, thành trong) có thể gây lún nhãn cầu, song thị, hạn chế vận nhãn, biến dạng thẩm mỹ.
- Phẫu thuật chỉnh hình ổ mắt nhằm phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, ngăn ngừa biến chứng muộn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thành ổ mắt gây lún nhãn cầu > 2 mm.
- Song thị kéo dài > 2 tuần không cải thiện.
- Hạn chế vận nhãn do kẹt cơ hoặc mô mềm.
- Biến dạng vùng quanh mắt ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân trong tình trạng toàn thân nặng không thể gây mê.
- Nhiễm trùng tại chỗ chưa kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá hình ảnh CT scan ổ mắt để xác định vị trí, phạm vi gãy.
- Nguy cơ tổn thương thần kinh thị giác, dây vận nhãn, mạch máu ổ mắt.
- Nguy cơ di lệch vật liệu ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 bác sĩ Ngoại Thần kinh/Phẫu thuật hàm mặt/Chấn thương chỉnh hình.
- Phụ mô: 01–02 người.
- Gây mê hồi sức: 01–02 người.

5.2. Thuốc

- Thuốc mê, giãn cơ, giảm đau.
- Kháng sinh dự phòng.
- Corticoid chống phù nề.

5.3. Vật tư – Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt – sọ não.

- Vật liệu ghép: lưới titan, tấm ghép nhân tạo, hoặc mảnh ghép tự thân.
- Kẹp, chỉ khâu, bông gạc.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống gây mê hồi sức.
- Máy khoan xương, dụng cụ cố định ghép.
- Máy hút dịch, monitor theo dõi.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về chỉ định, nguy cơ, biến chứng.
- Làm xét nghiệm cơ bản, đông máu, chụp CT scan ổ mắt.
- Ký giấy cam đoan.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hội chẩn, phiếu duyệt mổ, chẩn đoán hình ảnh, kết quả xét nghiệm.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Bước 1: Gây mê nội khí quản.

Bước 2: Đặt bệnh nhân tư thế ngửa, đầu cố định.

Bước 3: Rửa da qua đường mí dưới, kết mạc hoặc đường bờ dưới ổ mắt (tùy vị trí tổn thương).

Bước 4: Bóc tách để bộc lộ thành ổ mắt gãy.

Bước 5: Giải phóng mô mềm, cơ, thần kinh bị kẹt.

Bước 6: Đặt vật liệu ghép (titan, ghép tự thân hoặc nhân tạo) che phủ thành ổ mắt bị khuyết.

Bước 7: Cố định vật liệu bằng vít titan nếu cần.

Bước 8: Kiểm tra vị trí nhãn cầu, vận nhãn.

Bước 9: Khâu đóng từng lớp, đặt dẫn lưu nếu cần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong mổ:

- Chảy máu: cầm máu bằng dao điện, gạc.
- Tổn thương thần kinh thị giác, dây vận nhãn → cần xử trí kịp thời.
- Sai vị trí ghép → chỉnh lại ngay.

Sau mổ:

- Nhiễm trùng: kháng sinh, dẫn lưu.
- Lệch nhãn cầu, song thị: theo dõi, có thể mổ lại.
- Tụ máu, phù nề: chăm sóc, dẫn lưu, thuốc chống phù nề.

8. BIẾN CHỨNG MUỘN

- Song thị dai dẳng.
- Lún nhãn cầu tái phát.
- Biến dạng thẩm mỹ vùng mắt.

- Tái hấp thu hoặc di lệch vật liệu ghép.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong mổ:

- Chảy máu: ép gạc, đốt điện, thắt mạch.
- Tồn thương ổ mắt: theo dõi, hội chẩn nhãn khoa nếu có biến chứng.
- Rò dịch não tủy: vá màng cứng bằng mỡ hoặc cân cơ tự thân.

Sau mổ:

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu tái phát: kiểm tra lại vị trí thắt, can thiệp lại khi cần.

8. BIẾN CHỨNG MUỘN

- Sẹo dính trong hốc mũi.
- Chảy máu tái phát.
- Giảm thị lực (hiêm gập, do tổn thương thần kinh thị giác).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

5. Quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng – Bộ Y tế.
6. Hướng dẫn phẫu thuật nội soi mũi xoang nâng cao.
7. Quy trình kỹ thuật Ngoại Thần kinh – Bộ Y tế.
8. Sách Phẫu thuật hàm mặt và chỉnh hình ổ mắt.

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên tục tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2% 5g	tube	1
2.3	Kháng sinh dự phòng	Lọ	10
2.4	xylomethazolin	Lọ	5

3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	bông – gạc – bắc mũi	cái	3
3.13	Vật liệu ghép: lưới titan, tấm ghép nhân tạo, hoặc mảnh ghép tự thân	cái	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút , hệ thống dẫn lưu dịch vô khuẩn.	cái	1
4.3	Dao điện	Bộ	1
4.4	Bàn tit dụng cụ	cái	1
4.5	Dụng cụ cố định thép, dụng cụ phẫu thuật hàm mặt, sọ não	Bộ	01
4.6	Máy khoan xương	Cái	01

20. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRONG CHẤN THƯƠNG SỌ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ mặt là tổn thương ở vùng đầu, mặt bao gồm cả hộp sọ và não bộ, do tác động mạnh từ bên ngoài như tai nạn giao thông, té ngã, va đập, có thể gây ra các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, giảm thị lực, mất tập trung hoặc nghiêm trọng hơn là hôn mê và tử vong

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kíp phẫu thuật gồm 3 người:

+ 1 BS là bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên, nắm chắc giải phẫu vùng mũi xoang.

+ 1 BS phụ.

+ 1 trợ thủ là KTV dụng cụ.

Kíp gây mê gồm: Bác sĩ gây mê có khả năng gây mê nội khí quản, 1 phụ mê, 1 chạy ngoài.

2. Phương tiện

Có đủ bộ dụng cụ phẫu thuật kết hợp xương, khoan điện, đông điện, hệ thống máy hút nước và tưới nước, kính hiển vi phẫu thuật hoặc đèn phẫu thuật có khuếch đại, hệ thống điều hành áp lực máu, máy gây mê, cột treo dây truyền dịch.

3. Người bệnh

Được giải thích rõ những tai biến có thể xảy ra trong và sau khi phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án

- Nêu rõ diễn biến bệnh, tình trạng toàn thân và các bệnh khác trong phạm vi tai mũi họng.

- Làm đủ các xét nghiệm cơ bản cho người bệnh.

+ Công thức máu, máu đông, máu chảy, nhóm máu, đường máu, urê máu.

+ Đường niệu, protein niệu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- Gây mê toàn thân trước.

- Gây tê tại chỗ: tiêm sau tai dung dịch lidocain 1% và 1/100.000 adrenalin.

2. Các bước tiến hành phẫu thuật

Gây mê và chuẩn bị vị trí phẫu thuật:

Người bệnh được gây mê toàn thân. Sau đó, bác sĩ rạch da tại vị trí cần phẫu thuật, tiến hành cạo, sát trùng kỹ lưỡng khu vực đó.

Bộc lộ và làm sạch ổ gãy:

Bác sĩ bóc tách các lớp mô, cân cơ để tiếp cận và làm sạch vùng xương bị gãy.

Nắn chỉnh và cố định xương:

Nắn chỉnh: Bác sĩ nắn chỉnh các mảnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu ban đầu.

Cố định: Sử dụng các vật liệu chuyên dụng như nẹp, đinh, vít, dây thép để cố định vững chắc các mảnh xương lại với nhau, tạo liên kết bền vững.

Kiểm soát chảy máu:

Bác sĩ thực hiện các thủ thuật để kiểm soát chảy máu tại ổ gãy.

3. Hoàn thành và hậu phẫu

Đóng vết mổ: Bác sĩ khâu các lớp mô da đã bị rạch, đóng vết mổ.

Đặt dẫn lưu: Có thể đặt một ống nhỏ để hút dịch thừa trong quá trình phục hồi.

Theo dõi: Người bệnh được theo dõi sát sao tình trạng sức khỏe và vết mổ để phát hiện sớm các biến chứng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.

2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, chống viêm, giảm nề.

- Phù nề sau mổ: chống phù nề.

- Viêm màng não ở những trường hợp có rò dịch não tủy: kháng sinh thường là dùng cephalosporin thế hệ III, chống phù não.

- Rối loạn nhìn và vận nhãn: Phối hợp với nhãn khoa điều trị.

21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THƯ THANH QUẢN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Phẫu thuật nội soi cắt ung thư thanh quản bằng laser là phương pháp sử dụng tia laser (thường là CO₂ laser) để cắt bỏ tổn thương ác tính khu trú ở thanh quản thông qua đường nội soi, không cần mở cổ.

Phương pháp này giúp bảo tồn tối đa chức năng phát âm, hô hấp và nuốt, giảm chảy máu, rút ngắn thời gian hồi phục, giảm biến chứng so với phẫu thuật mở truyền thống.

1.2. Nguyên lý:

Sử dụng năng lượng ánh sáng laser tập trung có khả năng cắt và đông mô chính xác ở vùng thanh quản bị tổn thương, dưới hướng dẫn của kính hiển vi phẫu thuật và ống nội soi.

1.3. Mục đích:

- Loại bỏ triệt để tổn thương ung thư khu trú ở thanh quản.
- Bảo tồn chức năng thanh quản tối đa.
- Giảm đau, chảy máu và thời gian nằm viện cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thanh quản giai đoạn sớm (Tis, T1, T2) còn khu trú, chưa xâm lấn ra ngoài thanh quản.

- Ung thư tái phát nhỏ tại sẹo mổ sau xạ trị hoặc phẫu thuật.
- Một số tổn thương tiền ung thư (loạn sản nặng, carcinoma in situ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u lan rộng (T3, T4) xâm lấn ra ngoài thanh quản hoặc xuống khí quản, hạ họng.

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng, không kiểm soát được.
- Tình trạng toàn thân không cho phép gây mê nội khí quản.
- Không thể bộc lộ vùng thanh quản qua nội soi.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng đầu cổ cần đánh giá kỹ mô sẹo.
- Thận trọng với người bệnh có bệnh lý tim mạch, hô hấp mạn tính.
- Kiểm tra chặt chẽ thiết bị laser, tránh bỏng mô lân cận hoặc cháy nội khí quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp:

- Phẫu thuật viên Tai Mũi Họng có kinh nghiệm về vi phẫu thanh quản và sử dụng laser.

- Gây mê hồi sức: 01 bác sĩ gây mê, 01 điều dưỡng gây mê.

- Kỹ thuật viên nội soi, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng vòng ngoài.

b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):

- Kỹ sư thiết bị y tế phụ trách vận hành và kiểm tra hệ thống laser.

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng (Cefazolin 1g hoặc tương đương).

- Corticoid giảm phù nề (Methylprednisolon).

- Thuốc co mạch, dung dịch sát khuẩn, dịch truyền NaCl 0,9%.

5.3. Vật tư

- Ống nội soi cứng, canuyn, dụng cụ vi phẫu thanh quản.

- Dao laser CO₂ và đầu dẫn tia laser.

- Mảnh gạc nhỏ, bông, ống hút dịch.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống laser CO₂ có bộ điều khiển chính xác.

- Kính hiển vi phẫu thuật có gắn camera và hệ thống nội soi thanh quản.

- Hệ thống hút khói laser, bàn mổ chuyên dụng, máy gây mê nội khí quản bằng ống kim loại hoặc chống cháy.

5.5. Người bệnh

- Giải thích đầy đủ về mục đích, lợi ích, nguy cơ (khàn tiếng, hẹp thanh môn, bồng khí quản...).

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ.

- Gỡ bỏ răng giả, trang sức.

- Ký cam kết phẫu thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có kết quả nội soi thanh quản, mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI nếu cần).

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Khoảng 1–2 giờ tùy vị trí và kích thước tổn thương.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng mổ Tai Mũi Họng có trang bị hệ thống laser CO₂.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng bên, đúng vị trí.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c) Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa tối đa, có gối chặn dưới vai.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Gây mê và đặt nội khí quản

Gây mê nội khí quản bằng ống chống cháy hoặc kim loại.

Đặt ống nội khí quản lệch sang một bên để thuận tiện thao tác laser.

6.2. Bước 2: Bộc lộ thanh quản

Dùng nội soi thanh quản cứng bộc lộ rõ dây thanh và vùng tổn thương.

Cố định ống nội soi, điều chỉnh ánh sáng, lấy nét kính hiển vi.

6.3. Bước 3: Xác định và đánh dấu giới hạn tổn thương

Quan sát toàn bộ dây thanh, xác định ranh giới giữa mô bệnh và mô lành.

Có thể sử dụng xanh methylen hoặc ánh sáng hẹp (NBI) để đánh giá ranh giới.

6.4. Bước 4: Cắt bỏ tổn thương bằng laser

Điều chỉnh công suất laser phù hợp (1–5W tùy vị trí).

Cắt theo lớp, từ ngoài vào trong, từ nông đến sâu, đảm bảo rìa an toàn.

Hút khói liên tục, tránh lan tỏa khói laser.

6.5. Bước 5: Cầm máu và kiểm tra lại

Dùng laser công suất thấp hoặc adrenaline 1/10000 để cầm máu nhẹ.

Kiểm tra toàn bộ vùng cắt, đảm bảo sạch mô bệnh.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

Rút nội soi, làm sạch vùng mổ.

Hoàn thiện hồ sơ phẫu thuật, bàn giao bệnh nhân cho hồi tỉnh.

Ghi nhận kết quả phẫu thuật, gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: xử trí bằng laser công suất thấp hoặc đốt điện.

Bong niêm mạc, cháy ống nội khí quản: ngừng laser, thông khí, xử trí bong.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Phù nề thanh quản gây khó thở: sử dụng corticoid, khí dung, có thể mở khí quản nếu cần.

Khàn tiếng, mất tiếng tạm thời: theo dõi và luyện âm sau mổ.

Nhiễm trùng vết mổ: điều trị kháng sinh phù hợp.

7.3. Biến chứng muộn

Hẹp thanh môn, dính dây thanh, sẹo xơ gây khàn tiếng kéo dài.

Tái phát u: theo dõi định kỳ nội soi thanh quản 3–6 tháng/lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng – Bộ Y tế, 2024.

Steiner W., Ambrosch P. Endoscopic Laser Surgery of the Upper Aerodigestive Tract, Thieme, 2018.

Peretti G. et al. Transoral CO₂ Laser Surgery for Laryngeal Cancer: Oncological and Functional Results, Head Neck, 2021.

PHỤ LỤC

Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt ung thư thanh quản bằng laser

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1. Lao động trực tiếp			
1.1	Bác sĩ phẫu thuật	Người	01
1.2	Bác sĩ gây mê	Người	01
1.3	Điều dưỡng, kỹ thuật viên	Người	02–03
2. Thuốc			
2.1	Cefazolin 1g tiêm TM	Lọ	01
2.2	Methylprednisolon 40mg	Ống	01
2.3	Dung dịch NaCl 0,9%	Chai	01
3. Vật tư			
3.1	Dao laser CO ₂ , đầu dẫn tia	Bộ	01
3.2	Dụng cụ vi phẫu thanh quản	Bộ	01
3.3	Gạc nhỏ, ống hút dịch	Bộ	01
4. Trang thiết bị			
4.1	Hệ thống laser CO ₂	Bộ	01
4.2	Kính hiển vi phẫu thuật gắn nội soi	Bộ	01
4.3	Hệ thống hút khói laser	Bộ	01

22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG CỨNG GÂY TÊ, GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- U phế quản, khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.
- Đưa ống soi vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy u dùng kẹp , kéo cắt bỏ u

- kiểm tra lại cầm máu

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sóc 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 u bí tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2. Sau khi soi

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Sốt cao, da xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ mũi bằng adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy, an thần, hồi sức, nếu cần đặt nội khí quản và thở máy.

23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U KHÍ QUẢN ỐNG MỀM GÂY TÊ/ GÂY MÊ

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

U phế quản, khí quản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ chối phẫu thuật

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- a. Nhân lực trực tiếp
 - Phẫu thuật viên: Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình thanh khí quản.

- b. Nhân lực hỗ trợ

- Phụ phẫu thuật: 02 người.
- Giúp việc: 01 người.

4.2. Thuốc

Povidine; NaCl 0,9%, Mitomycin chống sẹo

4.3. Vật tư

- Vật tư tiêu hao: Gạc dẫn lưu, gạc gói, băng dính.
- Dụng cụ:
- Bộ ống mềm nội soi thanh khí quản.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi thanh khí quản cần thiết.
- Bộ dụng cụ mở khí quản.

4.4. Trang thiết bị

- + Máy hút và lọc khói bụi, ống hút.
- + Dàn nội soi tai mũi họng

4.5. Người bệnh

- Khám và nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
- + Công thức máu, đông máu cơ bản.
- + Sinh hóa máu gồm đường huyết, chức năng gan, chức năng thận.
- Đo chức năng hô hấp.
- Nội soi thanh khí quản gián tiếp hoặc trực tiếp.
- Khảo sát CT scan vùng cổ ngực và có tái tạo cây thanh khí quản (nếu có điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ bởi bác sĩ gây mê hồi sức.
- Giải thích cho người bệnh và người thân về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ, chuẩn bị của điều dưỡng, cam kết của người bệnh, biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ đã được ký lãnh đạo.
- Xét nghiệm máu và các chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

4.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: từ 60 phút – 180 phút tùy từng trường hợp trên từng bệnh nhân.

4.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phân tuyến kỹ thuật: Trung ương, tỉnh (tuyến 1 và tuyến 2)
- Phân loại: Phẫu thuật loại I
- Phòng phẫu thuật: Kín đáo, được tiệt trùng (tia cực tím...), đủ ánh sáng và các thiết bị máy móc phục vụ cho ca mổ.

4.9. Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật.
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa trên bàn mổ.

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi mềm vào thanh quản.
- Đưa ống soi mềm vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy u dùng kẹp , kéo cắt bỏ u
- kiểm tra lại cầm máu

6. THEO DÕI

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1, Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sóc 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 u bí tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2, Sau khi soi

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành tai mũi họng
2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ y tế)

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mitomycin	ml	5

3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nong tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nong	Bộ	01
4.10	Dụng cụ mở khí quản	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi ống mềm thanh khí quản	Bộ	01
4.12	Dao điện mono, bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG CỨNG GÂY TÊ, GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- U phế quản, khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.
- Đưa ống soi vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.

- Nếu thấy u dùng kẹp , kéo cắt bỏ u
- kiểm tra lại cầm máu

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dự ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.

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

- Phản xạ ngừng tim đột ngột.
- Chảy máu: cầm máu tại chỗ
- Suy hô hấp cấp do u bít tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2. Sau khi soi

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

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

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mitomycin	ml	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3

3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nong tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nong	Bộ	01
4.10	Dụng cụ mở khí quản	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi ống mềm thanh khí quản	Bộ	01
4.12	Dao điện mono, bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U PHẾ QUẢN ỐNG MỀM GÂY TÊ/ GÂY MÊ

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

U phế quản, khí quản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh từ chối phẫu thuật

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- a. Nhân lực trực tiếp
 - Phẫu thuật viên: Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình thanh khí quản.

b. Nhân lực hỗ trợ

- Phụ phẫu thuật: 02 người.
- Giúp việc: 01 người.

4.2. Thuốc

Povidine; NaCl 0,9%, Mitomycin chống sẹo

4.3. Vật tư

- Vật tư tiêu hao: Gạc dẫn lưu, gạc gói, băng dính.
- Dụng cụ:
 - Bộ ống mềm nội soi thanh khí quản.
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi thanh khí quản cần thiết.
 - Bộ dụng cụ mở khí quản.

4.4. Trang thiết bị

- + Máy hút và lọc khói bụi, ống hút.
- + Dàn nội soi tai mũi họng

4.5. Người bệnh

- Khám và nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
- + Công thức máu, đông máu cơ bản.
- + Sinh hóa máu gồm đường huyết, chức năng gan, chức năng thận.
- Đo chức năng hô hấp.
- Nội soi thanh khí quản gián tiếp hoặc trực tiếp.
- Khảo sát CT scan vùng cổ ngực và có tái tạo cây thanh khí quản (nếu có điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ bởi bác sĩ gây mê hồi sức.
- Giải thích cho người bệnh và người thân về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4.6.Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ, chuẩn bị của điều dưỡng, cam kết của người bệnh, biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ đã được ký lãnh đạo.
- Xét nghiệm máu và các chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

4.7.Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: từ 60 phút – 180 phút tùy từng trường hợp trên từng bệnh nhân.

4.8.Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phân tuyến kỹ thuật: Trung ương, tỉnh (tuyến 1 và tuyến 2)
- Phân loại: Phẫu thuật loại I
- Phòng phẫu thuật: Kín đáo, được tiệt trùng (tia cực tím...), đủ ánh sáng và các thiết bị máy móc phục vụ cho ca mổ.

4.9.Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật.
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa trên bàn mổ.

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi mềm vào thanh quản.
- Đưa ống soi mềm vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy u dùng kẹp , kéo cắt bỏ u
- kiểm tra lại cầm máu

6. THEO DÕI

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

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1, Trong khi soi

- Dự ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sóc 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 u bít tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2, Sau khi soi

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành tai mũi họng

2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ y tế)

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mitomycin	ml	5
3	Vật tư		

3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nong tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nong	Bộ	01
4.10	Dụng cụ mở khí quản	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi ống mềm thanh khí quản	Bộ	01
4.12	Dao điện mono,bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

26. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT CHẬU SÀN MIÈNG TRONG UNG THƯ SÀN MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật này bao gồm việc cắt một phần sàn miệng giới hạn ở phía trên là niêm mạc sàn miệng và phía dưới là lớp cơ hàm móng. Thành phần gồm tuyến dưới lưỡi, ống Wharton, và phần gần xương hàm dưới của các cơ cằm móng và cằm lưỡi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u ác tính vùng sàn miệng đã được xác chẩn bằng mô bệnh học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u lan rộng không có khả năng cắt bỏ rộng rãi hoặc không có khả năng vét hạch cổ triệt để hoặc có di căn xa.

- Người bệnh già yếu, suy dinh dưỡng, mắc bệnh toàn thân (tim mạch, tiểu đường, hô hấp... chưa điều trị ổn định) không có chỉ định gây mê nội khí quản hoặc nguy cơ vết mổ không liền.

- Người bệnh đã được xạ trị triệt căn trước đó.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

a. Nhân lực trực tiếp

- Phẫu thuật viên: 01 bác sĩ

b. Nhân lực hỗ trợ

- Phụ phẫu thuật: 02 người.

- Giúp việc: 01 người.

4.2. Thuốc

Povidine; NaCl 0,9%, Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2%.

4.3. Vật tư

- Vật tư tiêu hao: Gạc dẫn lưu, gạc gói, băng dính.

- Dụng cụ:

+ Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt

4.4. Trang thiết bị

+ Máy hút và lọc khói bụi, ống hút.

+ Dao điện.

4.5. Người bệnh

- Người bệnh được làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản: huyết học, sinh hóa. Xquang, siêu âm... được thực hiện, vệ sinh cá nhân từ ngày hôm trước.

- Người bệnh được thông báo về mục đích phẫu thuật cũng như các tai biến có thể xảy ra

- Tư thế người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, đầu được cố định thẳng, kê gối vai

- Bác sĩ phẫu thuật đứng bên bệnh, người phụ một đứng đối diện bác sĩ mổ chính, người phụ hai đứng phía trên đầu người bệnh

4.6.Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ, chuẩn bị của điều dưỡng, cam kết của người bệnh, biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ đã được ký lãnh đạo.

- Xét nghiệm máu và các chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

4.7.Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: từ 90 phút – 180 phút tùy từng trường hợp trên từng bệnh nhân.

4.8.Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phân tuyến kỹ thuật: Trung ương, tỉnh (tuyến 1 và tuyến 2)

- Phân loại: Phẫu thuật loại I

- Phòng phẫu thuật: Kín đáo, được tiệt trùng (tia cực tím...), đủ ánh sáng và các thiết bị máy móc phục vụ cho ca mổ.

4.9.Kiểm tra hồ sơ

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa trên bàn mổ.

5. TIẾN HÀNH QTKT

Cắt chậu sàn miệng trước

Thì 1: Rạch da

Rạch da theo hình cung, đi từ vùng dưới mòm chũm tới vùng dưới cằm.

Tốt nhất là hai đường rạch không tạo thành một góc nhọn. Đường rạch này tạo thuận lợi cho thì vết hạch.

Thì 2: Cắt u (qua đường miệng)

Đầu tiên xác định giới hạn cắt bằng cách dùng dao điện vẽ một đường nét đứt, để thuận tiện nên kéo ngược lưỡi lên bằng một sợi chỉ cố định.

Giải phóng phần trước. Bao gồm:

Rạch một đường phía trước ngang mức với mào ổ răng đối với các người bệnh móm.

Tách màng xương mặt trong xương hàm dưới phần phía trên chỗ bám của cơ hàm móng.

Cắt phần bám vào xương hàm dưới của các cơ cầm lưỡi và cầm móng.

Giải phóng phần bên

Chính là sự tiếp tục của giải phóng phần trước sang hai bên tới tận răng hàm nhỏ số 2.

Dùng một chiếc panh kéo cực bên phía trái của sàn miệng, từ từ phẫu tích tới tận cực bên phải của sàn miệng.

Phẫu tích phần sau

Cắt các cơ cầm lưỡi và cầm móng ở phía sau dựa vào cảm giác của tay về sự thâm nhiễm của khối u. Sau đó cắt niêm mạc mặt dưới của lưỡi.

Thì 3: Đóng hố mổ

Có thể thực hiện bằng các cách sau đây.

Đóng trực tiếp, nếu lưỡi hạn chế di động thường được tạo hình thì 2 bằng một miếng ghép ở tiền đình miệng.

Sử dụng một hay hai vạt rãnh mũi má. -Sử dụng một vạt lưỡi hay cổ.

Một số biến tấu trong cách cắt u

Đối với những người bệnh không bị móm, cắt phía trước ngang mức với ổ răng không thể thực hiện được. Thay vào đó, chỉ cần đủ rộng u, thường thì cắt ngang mức với mặt trong của xương hàm dưới cách rìa ổ răng 10 - 12 mm, trong thì đồng phải tách lớp xơ niêm mạc mà lúc trước đã được khâu vào bờ khác.

Cắt chậu miệng bên

Mở khí quản

Thường mở khí quản.

Thì 1: Rạch da

Theo hình cung từ vùng dưới móm chũm tới vùng dưới cằm theo kiểu vẫn dùng để vét hạch.

Thì 2: Cắt u

Dùng một panh banh miệng và một sợi chỉ kéo lưỡi lên, tiến hành xác định ranh giới đường rạch.

Đối với những người bệnh móm đường rạch ngang với mức ổ răng, trong trường hợp vẫn còn răng thì đường rạch ở mặt trong xương hàm dưới phía dưới rìa ổ răng 6 mm. Ở phía sau, đường rạch từ rìa ổ răng tới vùng tiếp nối của lưỡi, ở phía trước, đường rạch giao với bờ lưỡi ở mức một phần ba trước hoặc một phần ba giữa. Ở phần lưỡi di động, đường rạch thường vượt qua bờ lưỡi.

Đường rạch được thực hiện từ trước ra sau đi trên lớp cơ hàm móng. Ở phía trong đường rạch ăn sâu vào cơ móng lưỡi ở phía trước và phần trước cơ trâm lưỡi ở phía sau.

Thì 3: Đóng hồ mổ

Thường dễ dàng, trong cắt chậu miệng bên, vì thường thực hiện được đóng trực tiếp.

Có thể cắt rộng hơn về phía trong làm mất một phần lớn của lưỡi di động và về phía sau tới phần nối, đến cả trụ trước amygdal. Trong trường hợp cắt rộng, có thể sử dụng hoặc vật da cơ ở mặt hoặc vật căng tay quay.

Thì 4: Vết hạch

Vết hạch dưới hàm cả khối.

Lưu ý:

Kỹ thuật này được áp dụng với các khối u sàn miệng chưa xâm lấn rìa ổ răng, màng xương và xương hàm dưới.

Đối với những khối u sàn miệng chưa xâm lấn xương nhưng lan tới rìa ổ răng và ăn sâu, xâm lấn lưỡi cần cắt chậu miệng, một phần lưỡi và một phần phía trước xương hàm dưới không đứt đoạn.

Đối với khối u sàn miệng đã xâm lấn xương hàm dưới, thực hiện cắt chậu sàn miệng và xương hàm dưới đứt đoạn.

Lưu ý:

Kỹ thuật này được áp dụng với các khối u sàn miệng chưa xâm lấn rìa ổ răng, màng xương và xương hàm dưới.

Đối với những khối u sàn miệng chưa xâm lấn xương nhưng lan tới rìa ổ răng và ăn sâu, xâm lấn lưỡi cần cắt chậu miệng, một phần lưỡi và một phần phía trước xương hàm dưới không đứt đoạn.

Đối với khối u sàn miệng đã xâm lấn xương hàm dưới, thực hiện cắt chậu sàn miệng và xương hàm dưới đứt đoạn.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Lộ xương hàm: chăm sóc tại chỗ đến khi vết mổ sạch, phẫu thuật lại nhằm che phủ phần lộ xương.
- Rò từ khoang miệng ra da: cần chăm sóc tại chỗ và dùng thuốc kháng sinh, chống viêm. Nếu đường rò không liền, phải phẫu thuật cắt đường rò.
- Hoại tử vật da-cơ-xương: cắt lọc tổ chức hoại tử, chăm sóc tại chỗ, dùng kháng sinh, chống viêm. Khi vết mổ sạch, tổ chức hạt mọc tốt, có thể xét phẫu thuật tạo hình lại bằng một vật khác.
- Liệt nhánh thần kinh bờ hàm dưới của dây VII: nếu là liệt tạm thời do viêm, có thể dùng kháng sinh, chống viêm để phục hồi dần. Trong trường hợp dây thần kinh bị đứt hoàn toàn, có thể phẫu thuật ghép thần kinh tự thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành ung bướu

([quyết định 3338/QĐ-BYT ngày 09/9/2013 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ung bướu](#))

2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng bộ y tế)

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mitomycin	ml	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nông tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1

4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nong	Bộ	01
4.10	Dụng cụ mở khí quản	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi ống mềm thanh khí quản	Bộ	01
4.12	Dao điện mono,bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

27. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ VÙNG HỌNG MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vùng họng miệng (hay hầu họng) là phần giữa của họng, nằm phía sau khoang miệng và phía dưới vòm họng, phía trên hạ họng. Khu vực này là một phần quan trọng của cả đường thở và đường tiêu hóa, bao gồm amidan, gốc lưỡi, và vòm miệng mềm, có chức năng vận chuyển thức ăn, nước uống và điều chỉnh luồng không khí.

- Phẫu thuật cắt ung thư vùng họng miệng bao gồm: phẫu thuật khối u khoảng bên họng, phẫu thuật cắt ung thư amidan.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u của khoang bên họng lành và ác tính: khối u của thùy sâu tuyến mang tai, u xơ, u xơ thần kinh, u nang, u hạch, u máu, u cuộn cảnh, ung thư di căn hạch khoang bên họng và hạch Cuneo-Krause (vùng lỗ tách sau), u bào thai, sarcoma cơ...

- Ung thư Amidan thể: Ung thư biểu mô amidan còn khu trú tại amidan. Ung thư biểu mô của trụ trước hoặc trụ sau amidan, chưa lan vào khoang bên họng. Ung thư biểu mô amidan đang gây tổn thương ở amidan trụ trước, một phần trụ sau

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các khối u đã phá hủy đáy sọ, đã xâm lấn trực mạch, lỗ rách sau.

- Những người bệnh có các bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, tim mạch huyết áp (không tuyệt đối).

- Người lớn tuổi (chống chỉ định tương đối).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

a. Nhân lực trực tiếp

- Phẫu thuật viên: Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng chuyên sâu về phẫu thuật ung bướu đầu cổ, đã được đào tạo và có kinh nghiệm phụ mổ, mổ về khoang bên họng, mạch máu vùng đầu cổ.

.

b. Nhân lực hỗ trợ

- Phụ phẫu thuật: Cần 2 đến 3 bác sĩ phụ mổ cũng đã được hướng dẫn đào tạo về phụ mổ vùng đầu cổ

- Giúp việc: 01 người.

4.2. Thuốc

Povidine; NaCl 0,9%, Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2%.

4.3. Vật tư

- Các dụng cụ bộ phẫu thuật đầu cổ.

- Bộ soi tai mũi họng.
- Chỉ Vicryl khâu mạch máu. Kẹp cầm máu Agraiffe.
- Dẫn lưu kín.

4.4.Trang thiết bị

- + Máy hút và lọc khói bụi, ống hút.
- + Dao điện.

4.5.Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích, ưu nhược điểm của phẫu thuật, ký giấy mổ.
- Người bệnh được chụp CT scan chẩn đoán, chụp mạch và tắc mạch số hóa xóa nền (nếu cần) vừa chẩn đoán và làm giảm thiểu chảy máu khi mổ.
- Giải thích kỹ về truyền máu, liệt dây VII, dò chảy dịch não tủy, liệt dây thần kinh sọ.

4.6.Hồ sơ bệnh án

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

4.7.Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: từ 120 phút – 180 phút tùy từng trường hợp trên từng bệnh nhân.

4.8.Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phân tuyến kỹ thuật: Trung ương, tỉnh (tuyến 1 và tuyến 2)
- Phân loại: Phẫu thuật loại I
- Phòng phẫu thuật: Kín đáo, được tiệt trùng (tia cực tím...), đủ ánh sáng và các thiết bị máy móc phục vụ cho ca mổ.

4.9.Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật.
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa trên bàn mổ.

5. TIẾN HÀNH QTKT

5.1. Phẫu thuật cắt khối u khoang bên họng

Thì 1: Rạch da theo đường cổ bên đi từ ngang tầm sau góc hàm áp dụng cho khối u khu trú ở phần thấp (cực giữa và dưới) của khoang bên họng, Rạch theo đường Sebilleau-Carrega nếu u khu trú cao - cực trên và nằm sâu của khoang.

Thì 2: Bóc tách cân cổ nông và cân cổ giữa dọc theo đường rạch da để vào máng cảnh chú ý phải buộc và thắt các nhánh của hệ tĩnh mạch cảnh ngoài.

Thì 3: Tìm và thắt tĩnh mạch mặt, phải tìm được tĩnh mạch cảnh ngoài, dây 12 và tĩnh mạch mặt (tam giác Faraboeuf), nhằm mở rộng đường vào vùng tuyến dưới hàm.

Thì 4: Cắt bỏ tuyến dưới hàm để mở rộng đường vào cực dưới khoang bên họng. Bóc tách bao tuyến dưới hàm, thắt và cắt bỏ ống tuyến và tuyến.

Thì 5: Bóc tách qua cân cổ sâu và giữa để bộc lộ bao khối u của khoang bên họng. Chú ý cầm máu tốt mạch nuôi dưỡng vỏ bao bằng đông điện lưỡng cực. Cũng cần chú ý đến cực trên khối u thường dính vào cân, màng xương đáy sọ, hoặc vùng vịnh cảnh. Bóc tách có thể thực hiện bằng tay, bay, kẹp phẫu tích không máu. Các khối u như u nang, u xơ thần kinh, u đặc, u tuyến nước bọt, hạch thường ít dính. Nhưng u cuộn cảnh sẽ phải rất thận trọng vừa tách vừa đông điện để cắt rời u khỏi vỏ bao mạch, thần kinh. Cũng phải chú ý khi u to dính sát niêm mạc họng rất dễ rách thủng vào họng. Khi u đã được tách rời sẽ lấy ra dễ dàng, hốc mổ khá rộng.

Thì 6: Kiểm tra hóc mổ, cầm máu kỹ, đặt gelaspon nếu cần. Đặt dẫn lưu kín. Và đóng kín hóc mổ bằng 2 hoặc 3 lớp gồm cân cổ sâu, cơ, dưới da và da. Băng ép nhẹ vùng sau góc hàm và cổ.

5.2. Phẫu thuật cắt ung thư Amidan

Thì 1: đặt ở miệng kiểu David-boy và chèn bắc dưới hạ họng

Thì 2: cắt bỏ trụ trước, có thể dùng dao điện.

Thì 3: cắt bỏ amidan cùng trụ trước.

Thì 4: cắt bỏ 1 phần trụ sau cùng 1 khối với amidan và trụ trước.

Thì 5: kiểm tra cầm máu và có thể khâu họng bớt phần niêm mạc họng, trụ sau và có thể đặt ống thông thực quản để cho ăn.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi chăm sóc.

- Theo dõi:

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

- Săn sóc hậu phẫu

Trong thời gian còn đặt dẫn lưu (thường trong vòng 48 giờ).

-. Rút dẫn lưu:

Sau 48 giờ, sau khi đã kiểm tra hút sạch dẫn lưu.

- Chăm sóc hàng ngày:

Sau rút hết bắc mũi: theo dõi chảy máu, cho thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm phù nề.

- Ra viện:

Cắt chỉ sau 7 ngày, khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ.

6.2. Tai biến và xử trí

- Tai biến về gây mê: Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

- Tai biến chảy máu: Có thể do động mạch nhỏ quanh bao khối u. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám. Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u. Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết. Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp, của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

- Tai biến liệt dây thần kinh của đám rối họng, dây X

- Dò dịch não tủy

Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ, khối u đã phá hủy xương đáy sọ. Các trường hợp dò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hờ đáy sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành tai mũi họng, chuyên ngành ung bướu
2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2-3
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mỡ Kháng sinh Tetacylin 2% 5g	tube	1
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3

3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Chỉ khâu trong	Sợi	1-3
4.13	Chỉ khâu ngoài	Sợi	1-3
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ mở miệng David boyle	Bộ	01
4.10	Dụng cụ phẫu thuật đầu cổ	Bộ	01
4.11	Banh mở miệng ngắn và dài	Cái	01
4.12	Dao điện mono,bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

28. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU LỖ THÙNG HOẶC VẾT THƯƠNG THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng hoặc vết thương thực quản là phẫu thuật đóng kín một vết thương của thành thực quản có thể một lớp cơ, lớp niêm mạc thực quản hoặc toàn bộ các lớp của thành thực quản, có thể dùng ngay tự thân thực quản, dùng tổ chức của cơ thể khâu đóng hoặc dùng vật liệu nhân tạo khâu đóng. Có thể mổ mở ngực và/hoặc bụng, có thể mổ mở hoặc phối hợp hoặc hoàn toàn mổ nội soi bụng hoặc ngực. có thể hoàn toàn phẫu thuật và hoặc làm cùng với phẫu thuật đóng qua nội soi đường tiêu hóa trên

Có thể khâu đóng trong cấp cứu chấn thương, bệnh lý hay áp dụng như một thì của các cuộc mổ có gây ra thủng một hay nhiều lớp của thực quản

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng thực quản cổ, thực quản ngực, thực quản bụng qua lớp cơ, lớp niêm mạc hoặc thủng hoàn toàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thương tổn bị bệnh lý hoặc nhiễm trùng nặng không thể khâu được

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu khâu thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu khâu thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu khâu thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

1. Đối với vết thương/chấn thương thực quản cổ

. Đường rạch cổ trái cắt cân cơ qua máng cảnh về phía trước cột sống cổ tìm và bộc lộ thực quản cổ. Dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng thương tổn thực quản cổ. Đặt dẫn lưu vết mổ. khâu đóng cân cổ nông (dưới da) khâu đóng lớp da

Theo dõi quá trình liền vết mổ, quá trình liền vết khâu thực quản, theo dõi ống dẫn lưu vết mổ, rút dẫn lưu khi hết tác dụng theo dõi. Cho người bệnh nhin ăn miệng, nuôi dưỡng bằng ống thông hoặc truyền tĩnh mạch đến khi liền vết khâu

2. Đối với vết thương thực quản ngực

. Rạch da cân cơ liên sườn mở ngực sau bên phải vào khoang màng phổi phải, làm xẹp phổi phải. xác định vị trí thủng thực quản ngực, phẫu tích bộc lộ thực quản ngực đoạn bị thủng. dùng chỉ phẫu thuật hoặc vật liệu thích hợp khâu đóng tổn thương. Dẫn lưu khoang màng phổi phải kết hợp hệ thống hút liên tục áp lực âm 20 cm H₂O. Làm nở phổi trở lại. Đóng vết mổ thành ngực quy chuẩn.

. Theo dõi sự liền vết mổ thực quản và vết mổ thành ngực. theo dõi hệ hô hấp, dịch khí khoang màng phổi qua dẫn lưu màng phổi. Rút dẫn lưu khi người bệnh phục hồi tốt hệ hô hấp và liền vết khâu thực quản. tập thở cho bệnh nhân.

3. Đối với vết thương thực quản bụng:

Rạch da đường trắng giữa bụng từ mũi ức về phía rốn, rạch qua cân cơ vào ổ bụng. Phẫu tích vùng thực quản bụng và tâm phình vị dạ dày, thực quản bụng. Bộc lộ thực quản bụng tìm chỗ thủng. Dùng chỉ phẫu thuật hoặc cùng tổ chức thích hợp khâu đóng kín thủng.

Lưu ý có thể khâu thủng thực quản ngực phân thấp từ ổ bụng qua lỗ hoành lên trung thất.

Có thể khâu lại góc tâm phình vị hoặc thêm phẫu thuật tạo van chống trào ngược dạ dày thực quản. có thể đặt dẫn lưu ổ bụng. Khâu đóng vết mổ bụng theo quy chuẩn.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cặn màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành tai mũi họng
 2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh
- (Ban hành kèm theo Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ y tế)

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao đông trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Mitomycin	ml	5
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60
3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nong tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1

4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nong	Bộ	01
4.10	Dụng cụ mở khí quản	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi ống mềm thanh khí quản	Bộ	01
4.12	Dao điện mono,bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

29. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI NÂNG MÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật đặt túi độn vào làm tăng thể tích cho mông.

2. CHỈ ĐỊNH

Thiếu thể tích vùng mông so với cơ thể, mông mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

- Kíp Gây mê: 01 BÁC SỸ gây mê; 01 phụ mê.

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý.

4.2. Thuốc

-Kháng sinh dự phòng

4.3. Vật tư

- Vật tư tiêu hao: Gạc dẫn lưu, gạc gói, băng dính.

- Chỉ khâu: chỉ tự tiêu 4/0, 5/0: 02 sợi; chỉ nylon 5/0, 6/0: 02 sợi.

- Túi độn: silicon

4.4. Trang thiết bị

+ Máy hút và lọc khói bụi, ống hút.

+ Dàn nội soi phẫu thuật

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ bóc tách khoang đặt túi.

4.5. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

4.6.Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ, chuẩn bị của điều dưỡng, cam kết của người bệnh, biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ đã được ký lãnh đạo.

- Xét nghiệm máu và các chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

4.7.Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: từ 60 phút – 180 phút tùy từng trường hợp trên từng bệnh nhân.

4.8.Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phân tuyến kỹ thuật: Trung ương, tỉnh (tuyến 1 và tuyến 2)
- Phân loại: Phẫu thuật loại I
- Phòng phẫu thuật: Kín đáo, được tiệt trùng (tia cực tím...), đủ ánh sáng và các thiết bị máy móc phục vụ cho ca mổ.

4.9.Kiểm tra hồ sơ

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

c. Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm sấp trên bàn mổ.

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Thiết kế khu vực đặt túi.
- Rửa da vùng rãnh liên mông.
- Bóc tách nhẹ nhàng khoang đặt túi giữa cơ mông lớn và cơ mông bé dưới quan sát nội soi
- Kiểm tra chảy máu bằng nội soi
- Đặt túi độn vào khoang.
- Đặt dẫn lưu 2 bên.
- Khâu đóng vết mổ.
- Băng chun cố định.

6. THEO DÕI

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
 - Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
 - Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
 - Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.
 - Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành ptth-tm
2. Đề cương tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ y tế)

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp		
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1
1.2	Phụ phẫu thuật	Người	2
2	Thuốc		
2.1	Povidin 10%	ml	50
2.2	Kháng sinh	lọ	2
3	Vật tư		
3.1	Áo giấy phẫu thuật	cái	3
3.2	Mũ phẫu thuật	cái	3
3.3	Khẩu trang phẫu thuật	cái	3
3.4	Găng phẫu thuật	đôi	4
3.5	Găng khám	đôi	1
3.6	Xà phòng rửa tay	ml	60
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay	ml	60
3.8	Cồn 70	ml	60

3.9	Gạc phẫu thuật gói nhỏ	gói	2
3.10	Băng dính lụa	m	0.5
3.11	Gạc dẫn lưu	cái	2
3.12	Ống nông tùy theo chất liệu, kích cỡ	Bộ	1
4	Thiết bị		
4.2	Máy hút khói.	cái	1
4.8	Bàn tip dụng cụ	cái	1
4.9	Bộ dụng cụ đặt ống nội soi	Bộ	01
4.10	Dụng cụ phẫu thuật	Bộ	01
4.11	Bộ nội soi phẫu thuật	Bộ	01
4.12	Dao điện mono, bipolar	Bộ	01
4.13	Ống hút	Cái	01
4.14	Xăng, bộ toan	Bộ	1

30. QUY TRÌNH XOA BÓP BẮM HUYỆT BẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Xoa bóp bấm huyết là phương pháp điều trị, người thầy thuốc sử dụng tay của mình tác động lên da, cơ, các huyết vị, xương khớp của người bệnh nhằm mục đích phòng và điều trị bệnh.

Theo y học cổ truyền xoa bóp bấm huyết bao gồm các kỹ thuật: xoa, xát, miết, phân, hợp, véo, vỗ, phát, bóp, đấm, chát, lăn, rung, day huyết, ấn huyết, bấm huyết, điểm huyết, vê khớp, vận động khớp, kéo giãn khớp... có tác dụng thư cân, giải cơ, thông kinh hoạt lạc, điều hòa dinh vệ và điều hòa chức năng tạng phủ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các chứng đau, các chứng liệt, các chứng bệnh nội khoa, các bệnh nhi khoa.
- Phục hồi chức năng sau can thiệp ngoại khoa.
- Phục hồi sức khỏe sau lao động nặng, luyện tập thể thao, ...
- Rối loạn chức năng cơ thể: bí đái cơ năng, rối loạn thần kinh thực vật, đái dầm...
- Rối loạn tâm thần kinh: mất ngủ, Stress, tâm căn suy nhược...
- Nâng cao thể trạng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu.
- Da bị tổn thương, có khối u ác tính ở vùng xoa bóp bấm huyết.
- Các bệnh ưa chảy máu, vùng đang chảy máu, xuất huyết dưới da.
- Phụ nữ có thai, đa kinh.
- Giai đoạn nặng của bệnh: suy tim, suy gan, suy thận; cơ thể suy kiệt nặng.
- Người bệnh loãng xương nặng, người có nguy cơ gãy xương.
- Sau ăn quá no hoặc quá đói.
- Người bệnh có nguy cơ chảy máu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ, y sỹ, lương y được đào tạo chuyên ngành y học cổ truyền, được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh.
- Bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y được cấp chứng chỉ hành nghề và có chứng chỉ xoa bóp bấm huyết do các cơ sở đào tạo cấp theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Trang thiết bị:

- Phòng điều trị hoặc phòng thủ thuật, giường điều trị hoặc giường xoa bóp bấm huyết đảm bảo sự riêng tư cho người bệnh.

- Gối, khăn phủ, ga trải giường, găng tay, ống nghe, dụng cụ đo huyết áp.
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ.
- Bột talc hoặc gel hoặc kem hoặc dầu xoa bóp...
- Xà phòng, nước sạch hoặc dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

4.3. Thầy thuốc, người bệnh:

- Thầy thuốc:
 - + Khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
 - + Tư vấn và hướng dẫn quy trình, vị trí xoa bóp bấm huyết cho người bệnh.
 - + Chọn tư thế người bệnh phù hợp để làm thủ thuật.
 - + Rửa tay hoặc sát khuẩn tay theo quy định.
- Người bệnh: hợp tác với thầy thuốc và bộc lộ vùng cần làm thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thủ thuật:

- Tuân thủ nguyên tắc xoa bóp bấm huyết: Từ nhẹ đến mạnh; từ chậm đến nhanh; từ nông đến sâu; từ xa đến gần.
- Lựa chọn các thủ thuật thích hợp với từng vị trí, tình trạng bệnh lý và thể trạng của người bệnh. Có thể kết hợp thực hiện nhiều thủ pháp của xoa bóp bấm huyết trong cùng một thời điểm và kết hợp với các phương pháp điều trị khác.
- Thực hiện kỹ thuật tác động lên da: xoa, xát, miết, phân, hợp, véo, vỗ, phát.
- Thực hiện kỹ thuật tác động lên cân cơ: day, bóp, đấm, chắt, lăn, vê, vờn.
- Thực hiện kỹ thuật tác động lên huyết: day huyết, ấn huyết, bấm huyết, điểm huyết.
- Thực hiện kỹ thuật tác động lên khớp: vê khớp, vận động khớp, kéo giãn khớp, rung.

5.2. Liệu trình điều trị:

- Xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần, 1 đến 2 lần/ngày, tùy thuộc vào vị trí, tình trạng bệnh lý và thể trạng của người bệnh.
- Một liệu trình điều trị từ 1 – 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của từng bệnh, có thể tiến hành 2 – 3 liệu trình liên tục hoặc điều trị liên tục đến khi bệnh hồi phục hoặc để tránh bị các thương tật thứ phát (teo cơ, cứng khớp, loét...).

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

6.2. Xử trí tai biến:

6.2.1. Chóng:

Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt.

Xử trí:

- Dùng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, tùy theo tình trạng choáng và bệnh lý kèm theo của từng người bệnh, có thể cho uống nước ấm hoặc nước đường ấm hoặc trà gừng ấm... nằm nghỉ tại chỗ. Xử trí theo phác đồ điều trị choáng ngất.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Dùng thuốc hóa dược (nếu cần).

6.2.2. Đau:

Triệu chứng: Người bệnh đau tăng tại vùng xoa bóp bấm huyệt.

Xử trí:

- Xoa nhẹ vùng đau, giảm cường độ tác động lên vùng điều trị; có thể dùng thủ thuật nếu người bệnh quá nhạy cảm với các tác động trên cơ thể.
- Cho người bệnh nghỉ ngơi và tiếp tục theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Dùng thuốc hóa dược (nếu cần).

7. Tài liệu tham khảo:

- *Quyết định 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020: hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*
- *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1 + 2 của Đại học Y Hà Nội*

31. QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP BẨM HUYẾT BẰNG MÁY

1. ĐẠI CƯƠNG

Xoa bóp bằng máy là sử dụng một nhóm các thủ thuật xoa nắn bằng máy hoặc chân không tại các mô của cơ thể một cách khoa học và hệ thống nhằm mục đích điều trị hay dự phòng.

Xoa bóp được đánh giá là một trong những phương pháp điều trị đa năng có tác dụng điều trị nhiều bệnh.

Các động tác xoa bóp tác động trực tiếp lên các thụ cảm thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế hệ thần kinh gây thư giãn, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ, và điều hòa chức năng nội tạng. Xoa bóp trực tiếp lên các dây thần kinh hay đám rối thần kinh có thể gây tăng hoặc giảm cảm giác, kích thích vận động, kích thích quá trình phát triển tái sinh nhanh những sợi thần kinh bị tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- □ Đau mỏi toàn thân (sau sốt siêu vi khuẩn).
- □ Thư giãn toàn thân trong những trường hợp người bệnh có biểu hiện rối loạn tâm thần.
- □ Mất ngủ cơ năng do nguyên nhân gây stress.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- □ Tình trạng nhiễm trùng.
- □ Bệnh nhân ung thư.
- □ Bệnh nhân bị các bệnh lý về hệ tạo máu.
- □ Bệnh nhân bị bệnh viêm tĩnh mạch huyết khối.
- □ Bệnh nhân bị bệnh da liễu.
- □ Bệnh nhân quá suy kiệt.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- □ Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên phục hồi chức năng, cán bộ y tế hành nghề được đào tạo.
- □ Cần nắm vững các động tác kỹ thuật.
- □ Cần thư giãn thoải mái, chọn tư thế, vị trí thích hợp thoải mái để đảm bảo thực hiện kỹ thuật dễ dàng, ít thay đổi vị trí hoặc có những động tác không cần thiết.

4.2 Phương tiện

- □ Phòng xoa bóp đòi hỏi phải thông thoáng nhưng đủ kín đáo để người bệnh và người làm thấy thoải mái dễ chịu.
- □ Máy xoa bóp: cần kiểm tra tình trạng hoạt động của máy, các chế độ hoạt động của máy.
- □ Sử dụng dầu xoa hoặc bột tan để dễ dàng thực hiện động tác tránh gây đau cho người bệnh.

4.3 Người bệnh

- □ Giải thích cặn kẽ cho người bệnh tác dụng của xoa bóp, cách thức làm kỹ thuật để người bệnh yên tâm kết hợp thực hiện.
- □ Người bệnh cần thoải mái và thư giãn toàn bộ cơ thể, vùng cơ thể khi đang thực hiện kỹ thuật.

4.4 Hồ sơ bệnh án

–□ Hồ sơ: kiểm tra hồ sơ người bệnh. Tình trạng bệnh. Vùng điều trị và cách thức điều trị.

–□ Bệnh án: cần ghi chép tỉ mỉ về các tình trạng triệu chứng của người bệnh trước điều trị, sau điều trị, sau mỗi đợt điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

–□ Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra đúng tên người. Cách điều trị, phương pháp điều trị, y lệnh được chỉ định

–□ Kiểm tra người bệnh: xem có đúng bệnh nhân. Vùng điều trị.

–□ Thực hiện kỹ thuật:

+□ Xoa bóp với máy xoa bóp cơ: người kỹ thuật viên bộc lộ vùng điều trị. Xoa nhẹ bột tan hoặc dầu lên vùng điều trị. Đặt máy xoa bóp, điều chỉnh chế độ theo chỉ định, đặt thời gian điều trị, thường khoảng 20 phút và tiến hành di chuyển chậm và nhẹ nhàng máy xoa bóp trên vùng da điều trị. Sau khi hết thời gian điều trị, máy sẽ báo và ngắt hoạt động. Sau khi kết thúc thời gian điều trị kỹ thuật viên sẽ rời máy ra khỏi người bệnh. Kiểm tra vùng da điều trị. Đánh giá kết quả điều trị. Viết nhận xét theo dõi trong quá trình điều trị.

+□ Đối với máy xoa bóp bằng chân không: cố định bộ phận phần tạo chân không vào vùng điều trị, đặt chế độ đã được chỉ định. Đặt thời gian điều trị.

–□ Sau khi kết thúc thời gian điều trị tháo thiết bị trên người bệnh nhân. Đánh giá kết quả điều trị. Viết nhận xét theo dõi trong quá trình điều trị.

Thời gian 20 - 30 phút.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi toàn trạng

–□ Tình trạng vùng điều trị. Tình trạng tiến triển của bệnh.

–□ Tình trạng sức khỏe nói chung.

6.2 xử trí tai biến

Không có

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phục hồi chức năng.

32. QUY TRÌNH NẮN BÓ TRẬT KHỚP BẰNG PHƯƠNG PHÁP Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp (còn gọi là sai khớp) là tình trạng các đầu xương tại một khớp bị lệch hoàn toàn hoặc một phần khỏi vị trí bình thường của chúng trong ổ khớp. Chấn thương này thường do té ngã, va chạm mạnh, hoặc cử động đột ngột, gây đau đớn, sưng tấy, biến dạng khớp và hạn chế vận động. Trật khớp là một tình trạng cấp cứu cần được bác sĩ nắn chỉnh sớm để tránh tổn thương dây chằng, mạch máu, thần kinh và các biến chứng nguy hiểm khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp trật khớp mới, mức độ nhẹ, không kèm theo tổn thương mạch máu hoặc thần kinh nghiêm trọng, hoặc khi phẫu thuật không khả thi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thần kinh và mạch máu:

Nếu có tổn thương thần kinh hoặc mạch máu tại khớp bị trật, việc nắn chỉnh có thể làm nặng thêm tình trạng hoặc gây tổn thương vĩnh viễn.

- Gãy xương kèm theo:

Sự hiện diện của gãy xương tại vị trí khớp bị trật là chống chỉ định, vì thao tác nắn chỉnh có thể làm di lệch gãy xương hoặc làm nặng thêm tổn thương.

- Trật khớp hở:

Khi khớp bị trật hở, việc nắn chỉnh có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, cần được xử lý phẫu thuật và vệ sinh triệt để trong phòng mổ.

- Trật khớp muộn:

Trật khớp háng muộn sau 3 tuần là một chống chỉ định đối với phương pháp nắn chỉnh bảo tồn vì có thể làm hỏng khớp hoặc không hiệu quả.

- Tình trạng bệnh nhân:

Bệnh nhân đang trong tình trạng đa chấn thương, hôn mê, hoặc có nhiều tổn thương khác ở các tạng khác thì nắn trật khớp không ưu tiên và có thể bị hoãn.

- Biến dạng kèm theo:

Các biến dạng lớn hoặc biến dạng xương đáng kể, như biến dạng Hill-Sachs (biến dạng đầu xương cánh tay do đè ép vào vành ổ chảo), cũng là chống chỉ định cho nắn chỉnh đơn giản.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo chuyên ngành y học cổ truyền, được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh.

- Bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y được cấp chứng chỉ hành nghề và có chứng chỉ xoa bóp bấm huyệt do các cơ sở đào tạo cấp theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Trang thiết bị:

- Phòng điều trị hoặc phòng thủ thuật, giường điều trị đảm bảo sự riêng tư cho người bệnh.
- Gối, khăn phủ, ga trải giường, găng tay, ống nghe, dụng cụ đo huyết áp.
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ.
- Băng, nẹp tre/gỗ
- Rượu thuốc xoa ngoài (thường là ngâm thảo dược: gừng, quế chi, xuyên khung, đại hồi...).
- Thuốc đắp: các bài thuốc giảm sưng đau (lá náng, ngải cứu, lá lốt, thiên niên kiện, xuyên khung...)
- Xà phòng, nước sạch hoặc dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

4.3. Thầy thuốc, người bệnh:

- Thầy thuốc:
 - + Khám, xác định loại trật khớp (vai, khuỷu, cổ tay, gối, háng...)
 - + Làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
 - + Tư vấn và hướng dẫn quy trình, vị trí nắn trật khớp cho người bệnh.
 - + Giải thích, trấn an người bệnh, chọn tư thế người bệnh phù hợp để làm thủ thuật.
 - + Rửa tay hoặc sát khuẩn tay theo quy định.
 - + Sát trùng, vệ sinh vùng tổn thương.
- Người bệnh: Hợp tác với thầy thuốc, tinh thần thoải mái.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thủ thuật

Thư cân hoạt lạc

- Xoa bóp, day bấm quanh vùng trật để:
 - o Giãn gân cơ co rút.
 - o Hoạt huyết, giảm đau.
 - o Tạo thuận lợi cho nắn chỉnh.
- Có thể dùng rượu thuốc xoa ngoài (thường là ngâm thảo dược: gừng, quế chi, xuyên khung, đại hồi...).

5.2. Thủ thuật nắn chỉnh

- Dựa vào nguyên tắc: “**Tiên giải co, hậu hợp**” (trước làm giãn, sau đưa về vị trí).
- Thầy thuốc dùng tay để:
 - o Kéo dọc chi (kéo nắn nhẹ nhàng, liên tục để giãn cơ).
 - o Kết hợp vận động nghịch – thuận để đưa chỏm xương/trục xương trở lại ổ khớp.

- Khi khớp vào đúng vị trí thường có “tiếng lục cục” và bệnh nhân giảm đau đột ngột.

5.3. Cố định sau nắn

- Sau khi khớp về đúng vị trí:
 - Băng, nẹp tre/gỗ hoặc bó thuốc cố định 2–3 tuần (tùy vị trí).
 - Tránh vận động mạnh để ngăn trật tái phát.

5.4. Điều trị hỗ trợ bằng YHCT

Ngoại trị:

- Đắp thuốc: các bài thuốc giảm sưng đau (lá náng, ngải cứu, lá lốt, thiên niên kiện, xuyên khung...).
- Chườm ấm hoặc xông thuốc thảo dược để hoạt huyết.

Nội trị (uống thuốc thang):

- Nhóm hoạt huyết, bổ khí huyết, mạnh gân xương (ngưu tất, đương quy, tục đoạn, củ tích, đỗ trọng...).

5.6. Phục hồi chức năng

- Sau khi tháo nẹp:
 - Tập vận động nhẹ, xoa bóp, châm cứu – cứu để phục hồi biên độ khớp.
 - Tránh tái phát bằng luyện tập dưỡng sinh, tăng cường sức mạnh gân cơ.

6. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trật khớp có thể bị tái phát nên cần theo dõi tại cơ sở y tế tuyến dưới, tái khám định kỳ 3 tháng tại các cơ sở Phục hồi chức năng.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế- Quy trình nắn bó trật khớp bằng phương pháp y học cổ truyền

- Sách Ngoại khoa y học cổ truyền- Đại học Y Hà Nội -NXB Y học- năm 2007