

SỞ Y TẾ THANH HÓA  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀNG HÓA  
KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA

HƯỚNG DẪN  
QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM CHỮA BỆNH KHOA LIÊN CHUYÊN  
KHOA

(Ban hành kèm theo quyết định số: /QĐ-BVHH ngày / /2024)

Hoàng Hóa, năm 2024

## PHẦN 1: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KCB CHUYÊN NGÀNH MẮT

<b>T T</b>	<b>TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT</b>	
01	ĐO THỊ LỰC	
02	THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN	
03	ĐO NHÃN ÁPKẾ MACLAKOP	
04	ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG	
05	KHÁM LÂM SÀNG MẮT BẰNG MÁY SINH HIỂN VI	
06	SOI BÓNG ĐỒNG TỬ	
07	SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP	
08	SOI GÓC TIỀN PHÒNG	
09	SOI ĐÁY MẮT BẰNG KÍNH 3 MẶT GƯƠNG	
10	NHỎ THUỐC VÀO MẮT	
11	CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU	
12	KỸ THUẬT CHÍCH CHẤP, LỆO	
13	NẶN TUYẾN BỜ MI	
14	THỦ THUẬT CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ	
15	CHÍCH DẪN LƯU TÚI LỆ	
16	BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO	
17	LẤY BỆNH PHẨM KẾT MẠC	
18	RẠCH ÁP XE MI	
19	BÓC GIẢ MẠC	
20	BÓC SỢI GIÁC MẠC	
21	RỬA CÙNG ĐỒ	
22	ĐỐT LÔNG XIÊU, NHỎ LÔNG SIÊU	

23	LẤY CALCI KẾT MẠC	
23	TIÊM CẠNH NHÃN CẦU	
24	TIÊM DƯỚI KẾT MẠC	
25	LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC	
26	LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC	
27	SIÊU ÂM MẮT	
28	TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THỂ BẰNG SIÊU ÂM AB	
29	CHỤP OCT BÁN PHẦN SAU	
30	PHẪU THUẬT CẮT BỎ CHẤP CÓ BỌC	
31	PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỨNG GIÁC MẠC	
32	SỬA SẸO BỌNG SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM	
33	PHẪU THUẬT CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN	
34	PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO	
35	PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)	
36	PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ DÒ TÚI LỆ	
37	PHẪU THUẬT CẮT BỎ TÚI LỆ	
38	PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ ĐIỀU TRỊ HẸP, TẮC ĐIỂM LỆ	
39	THỦ THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ MŨI ĐIỀU TRỊ HẸP VÀ TẮC LỆ ĐẠO	
40	PHẪU THUẬT NỐI THÔNG TÚI LỆ MŨI QUA ĐƯỜNG RẠCH DA	
41	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG GHÉP KẾT MẠC RỜI TỰ THÂN	
42	PHẪU THUẬT CẮT BỎ U KẾT GIÁC MẠC	

43	PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG DA MI	
44	KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI	
45	PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỆ QUẢN ĐỨT DO CHẤN THƯƠNG	
46	PHẪU THUẬT KHÂU VẾT RÁCH KẾT MẠC	
47	PHẪU THUẬT KHÂU VẾT RÁCH GIÁC MẠC CÙNG MẠC	
48	PHẪU THUẬT MỞ TIỀN PHÒNG LẤY MÁU CỤC	
49	PHẪU THUẬT CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG GHÉP	
50	PHẪU THUẬT QUẶM MI BẨM SINH	
51	PHẪU THUẬT QUẶM MI TUỔI GIÀ	
52	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỔ MI	
53	PHẪU THUẬT SỬA LẬT MI	
54	PHẪU THUẬT SỬA SA DA MI TRÊN VÀ DƯỚI	
55	PHẪU THUẬT TẠO NÉP GẤP MI TRÊN	
56	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BỌNG MỠ MI)	
57	KHÂU CÒ MI, THÁO CÒ	
58	PHẪU THUẬT MỨC NỘI NHÃN	
59	PHẪU THUẬT CẮT BỎ NHÃN CẦU	
60	PHẪU THUẬT LÁC THÔNG THƯỜNG	
61	TÁCH DÍ MI CẦU BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG ỎI	
62	THỦ THUẬT TIÊM NỘI NHÃN	
63	PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT HÓC MẮT	
64	PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT TRONG TIỀN PHÒNG	
65	PHẪU THUẬT LẤY MỦ - MÁU HÓC MẮT	
66	NẠO VẾT TỔ CHỨC HÓC MẮT	

67	PHẪU THUẬT TẠO CÙNG ĐỒ	
68	PHẪU THUẬT RÚT NGẮN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI	
69	KÉO DÀI CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ CƠ RÚT MI TRÊN	

**PHẦN 2: HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT**

<b>Số TT</b>	<b>TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT</b>	<b>Trang</b>
1	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nguội	
2	Điều trị tủy lại	
3	Phẫu thuật nhổ răng ngầm	
4	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch hàm trên	
5	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch hàm dưới	
6	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân	
7	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân chia chân răng	
8	Nhổ răng vĩnh viễn	
9	Cắt lợi trùm răng khôn hàm dưới	
10	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi	
11	Phẫu thuật cắt phanh môi	
12	Phẫu thuật cắt phanh má	
13	Cấy chuyển răng	
14	Cấy lại răng bị bật khỏi ổ răng	
15	Điều trị viêm quanh thân răng cấp	
16	Phục hồi cổ răng bằng Glassionomer Cement (GiC)	
17	Phục hồi cổ răng bằng Composite	
18	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng Glassionomer Cement (GiC)	
19	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng Composite	
20	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm dưới	

21	Phẫu thuật cắt nang không do răng xương hàm dưới	
22	Phẫu thuật rạch dẫn lưu viêm tấy lan toả vùng hàm mặt	
23	Phẫu thuật rạch dẫn lưu áp xe nông vùng mặt	
24	Nắn sai khớp thái dương hàm đến muộn có gây tê	
25	Nhỏ chân răng vĩnh viễn	
26	Nhỏ răng thừa	
27	Lấy cao răng	
28	Phẫu thuật tháo nẹp, vít	
29	Phẫu thuật vết thương vùng hàm mặt do hoá khí	
30	Lấy sỏi ống tuyến Wharton đường miệng	
31	Điều trị tủy răng sữa	
32	Nhỏ răng sữa	
33	Nhỏ chân răng sữa	
34	Điều trị răng sữa viêm tủy có hồi phục	
35	Điều trị viêm loét niêm mạc miệng trẻ em	
36	Chích áp xe lợi	
37	Chích áp xe phân mềm lớn	
38	Chích rạch áp xe nhỏ	
39	Chích hạch viêm mủ	
40	Nắn, cố định trật khớp hàm	
41	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng GlassIonomer Cement (GIC) kết hợp Composite	
42	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng GlassIonomer Cement	
43	Nắn sai khớp thái dương hàm	

44	Cắt u xơ vùng hàm mặt đường kính trên 3 cm	
45	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương nhân tạo và đặt màng sinh học	
46	Phẫu thuật nhổ răng lạc chỗ	



**PHẦN 3: HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA  
BỆNH CHUYÊN NGÀNH TẠI MŨI HỌNG**

<b>TT</b>	<b>TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT</b>	<b>Trang</b>
<b>01</b>	Bơm hơi vòi nhĩ	
<b>02</b>	Chích rạch màng nhĩ	
<b>03</b>	Đặt ống thông khí màng nhĩ	
<b>04</b>	Lấy dị vật mũi	
<b>05</b>	Nhét bác mũi trước	
<b>06</b>	Nhét bác mũi sau	
<b>07</b>	Cầm máu mũi bằng merocel	
<b>08</b>	Lấy dị vật hạ họng	
<b>09</b>	Lấy dị vật tai	
<b>10</b>	Chích áp xe quanh amidan	
<b>11</b>	Chích áp xe thành sau họng	
<b>12</b>	Nắn chỉnh hình tháp mũi sau chấn thương	
<b>13</b>	Phương pháp proetz	
<b>14</b>	Bẻ cuốn mũi	
<b>15</b>	Đốt cuốn mũi bằng đông điện	
<b>16</b>	Sinh thiết hốc mũi	
<b>17</b>	Chọc rửa xoang hàm	
<b>18</b>	Cắt polyp mũi	
<b>19</b>	Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi	
<b>20</b>	Đốt họng hạt bằng nhiệt và đông lạnh	
<b>21</b>	Phẫu thuật nạo VA nội soi	
<b>22</b>	Phẫu thuật cắt amidan gây mê	

<b>23</b>	Phẫu thuật lấy đường rò luân nhĩ	
<b>24</b>	Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi	
<b>25</b>	Cắt phanh lưỡi	

# **PHẦN 1: QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH MẮT**

## **ĐO THỊ LỰC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Đo thị lực giúp đánh giá khả năng nhìn của mắt

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Mọi trường hợp khám mắt

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Bảng đo thị lực

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Tiền sử huyết áp, thuốc Parent.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách đo thị lực

- Để bệnh nhân cách bảng thị lực 5m

- Bảng thị lực được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux

- Đo thị lực từng mắt

- Kiểm tra từ hàng chữ to nhất đến hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể nhìn được
- Ghi kết quả kiểm tra

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

## **THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Quy trình thử kính là một phương pháp đánh giá khúc xạ chủ quan.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp có tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị) cần thử kính để có thể cho kính điều chỉnh hoặc phẫu thuật.
- Các trường hợp lão thị.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.
- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp để thử kính chính xác.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### **2. Phương tiện**

Hộp kính và gọng kính thử, bảng thị lực hoặc máy chiếu thị lực.

#### **3. Người bệnh**

Hướng dẫn người bệnh đầy đủ về phương pháp, bảng thị lực, và cách trả lời.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Thử kính cầu**

1. Lựa chọn bảng thị lực thích hợp: người lớn hoặc trẻ em đã đi học: dùng bảng chữ cái. Trẻ nhỏ hoặc người không biết chữ dùng bảng hình vẽ hoặc chữ E hoặc vòng hở (Landolt).
2. Đặt khoảng cách thử thích hợp tùy theo bảng thị lực.
3. Giải thích cho người bệnh trước khi đo (về bảng thị lực và cách trả lời).

4. Đo thị lực nhìn xa không kính của từng mắt trong khi mắt kia được che kín. Nguyên tắc: thử mắt phải trước, mắt trái sau.
5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theo khoảng cách đồng tử đó.
6. Lựa chọn số kính khởi đầu tùy theo thị lực không kính. Bao giờ cũng dùng kính cộng trước, nếu người bệnh thấy mờ hơn thì thay bằng kính trừ cùng số đó.
7. Tăng dần số kính đến khi người bệnh đạt thị lực tối đa.
8. Nếu có từ 2 mắt kính khác nhau trở lên cùng cho thị lực tối đa thì chọn số kính thấp nhất nếu là kính trừ, chọn số cao nhất nếu là kính cộng.

## **2. Thử kính trụ**

1. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thể được (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tối đa và kết quả soi bóng đồng tử cho thấy có loạn thị thì phải thử kính trụ.
2. Kính cầu tối ưu vẫn đặt ở trước mắt đang thử.
3. Thêm một kính trụ  $-0,50$  D vào gọng thử, đặt theo trục đã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kính trụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyển thành dạng trụ trừ trước khi thử kính.
4. Tăng dần số kính trụ đến khi đạt thị lực tối đa. Mỗi khi thêm vào  $-0,50$ D trụ thì lại thêm  $+0,25$  D cầu (nếu là kính cầu cộng thì số tăng thêm, nếu là kính cầu trừ thì số giảm đi).
5. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trục và công suất kính cầu trong quá trình thử.

## **3. Cân bằng hai mắt**

1. Kính cầu (hoặc cầu - trụ) vừa thử vẫn đặt ở gọng thử. Thêm kính cầu  $+1,00$  D cho cả hai mắt. Đo thị lực cả hai mắt mở. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải tăng số kính cầu mỗi lần  $+0,25$  D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.
2. Che mắt trái, thử mắt phải với kính cầu  $+1,00$  D. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải thêm vào số kính cầu mỗi lần  $+0,25$  D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.
3. Che mắt phải và làm lại bước 2 cho mắt trái.
4. So sánh hai mắt bằng cách che mắt luân phiên.
5. Ghi lại kết quả cuối cùng sau khi đã kiểm tra cân bằng hai mắt.

## **4. Thử kính đọc sách**

Sau khi đã thử kính nhìn xa tốt nhất cho từng mắt, giữ nguyên số kính nhìn xa, cho thêm kính cộng đều nhau ở 2 mắt và tăng dần công suất cho đến khi nhìn gần rõ nhất ở khoảng cách đọc thích hợp.

## **ĐO NHÃN ÁP KẾ MACLAKOP**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maclakop là sử dụng quả cân có trọng lượng để đo áp lực của các thành phần trong nhãn cầu tác động lên củng mạc và giác mạc.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên.
- Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghi ngờ glôcôm.
- Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có viêm nhiễm cấp ở mắt.
- Mắt có tổn thương giác mạc: bị loét, trợt biểu mô; bệnh giác mạc bọng; giác mạc phù nặng.
- Mắt chấn thương có vết thương hở.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Dụng cụ.
- + Khay sạch, bông vô khuẩn, cồn sát trùng.
- + Bộ nhãn áp kế Maclakop.
- + Đèn cồn, bật lửa.
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, nước muối sinh lý, thuốc kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, mắt nhìn thẳng lên trần nhà.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra y lệnh.

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Người bệnh nằm ngửa, mắt nhìn thẳng lên trần nhà.
- Tra thuốc tê bề mặt 2 lần vào mắt người bệnh, mỗi lần nhỏ cách nhau 3 phút.

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bật đèn cồn.

- Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.
- Mắc quả cân vào tay cầm, lau sạch quả cân bằng dung dịch cồn sát trùng. Hơ quả cân trên ngọn lửa đèn cồn.
- Tẩm mực in vào 2 đầu quả cân cho thật đều, hơ lại quả cân lên ngọn lửa đèn cồn.
- Hướng dẫn người bệnh đưa tay ra trước mắt, mắt nhìn thẳng vào ngón tay trỏ (Nếu đo mắt phải, người bệnh đưa tay trái ra hoặc ngược lại). Điều chỉnh ngón tay của người bệnh sao cho giác mạc nằm ngang và chính giữa khe mi.
- Tay phải cầm tay cầm quả cân tay, trái vành hai mi chú ý không được đè tay vào nhãn cầu. Đặt quả cân thẳng góc chính giữa giác mạc, từ từ đặt quả cân đè lên giác mạc. Đưa nhẹ tay cầm xuống dưới, khi tay cầm đưa xuống quá nửa chiều cao quả cân nhắc nhanh quả cân ra khỏi mắt.
- Lấy bông tẩm cồn 90<sup>0</sup> bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy.
- Dùng thước đo, đo đường kính của diện tiếp xúc, ghi kết quả đo.
- Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinh vào mắt vừa đo.

## **VI. THEO DÕI**

Khi người bệnh có nhãn áp cao cần báo ngay cho bác sĩ để theo dõi.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Xước giác mạc, viêm kết mạc - giác mạc: tra kháng sinh

## **ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Đo khúc xạ tự động là một phương pháp đánh giá khúc xạ khách quan dựa vào máy khúc xạ kế tự động.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp cần xác định tình trạng khúc xạ của mắt.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt
- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp tốt trong quá trình đo.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### **2. Phương tiện:** Khúc xạ kế tự động.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giải thích cho người bệnh trước khi đo.
- + Đây là máy để đo khúc xạ của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.
- + Đầu người bệnh phải cố định (đảm bảo mi mắt hoặc lông mi không che lấp giác mạc), mắt mở to sau mỗi lần chớp.
- + Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trong máy, ngay cả khi hình nhòe đi.
- Bật công tắc máy: không để cầm người bệnh vào máy trong lúc khởi động.
- Kiểm tra các chế độ cài đặt: ấn nút A để chọn chế độ đo tự động hoàn toàn (FULL AUTO) hoặc nút M để chọn chế độ đo không tự động (MANUAL).
- Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tì trán.
- Kiểm tra để đảm bảo mắt người bệnh cùng độ cao với vạch đánh dấu trên giá cố định đầu.
- Kiểm tra mắt người bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho 3 chấm sáng trên giác mạc ở giữa vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống để 3 chấm sáng thẳng hàng với 2 dấu mốc ở vị trí 6 và 12 giờ.
- Yêu cầu người bệnh nhìn vật tiêu là mái nhà màu đỏ ở tâm của cảnh.
- Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lần hoặc đo 3 lần liên tục.
- In ra kết quả đo.

## **KHÁM LÂM SÀNG MẮT BẰNG MÁY SINH HIỂN VI**

### **I.ĐẠI CƯƠNG**

Khám lâm sàng mắt là một phương pháp sử dụng đèn pin hoặc kính sinh hiển vi để khám các cấu trúc của nhãn cầu.

### **II.CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có bệnh lý về mắt

### **III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

### **IV.CHUẨN BỊ**

#### **1.Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt hoặc bác sĩ đa khoa.

#### **2.Phương tiện**



Máy sinh hiển vi khám mắt hoặc đèn pin

### **3. Người bệnh**

- Khai thác tiền sử bệnh và quá trình bệnh lý
- Đo thị lực, khúc xạ và nhãn áp
- Hướng dẫn người bệnh về phương pháp, tư thế và cách khám.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Cho bệnh nhân đặt cằm lên giá tựa cằm, điều chỉnh bàn khám sao cho bệnh ngồi thoải mái, điều chỉnh giá tựa cằm sao cho đuôi mắt bệnh nhân ngang với vạch đánh dấu, trán áp sát vào thanh tựa trán, điều chỉnh khoảng cách đồng tử để nhìn rõ bằng hai mắt.
- Để độ phóng đại của SHV ở mức thấp nhất, đẩy cần điều khiển để di chuyển sinh hiển vi về phía bệnh nhân cho đến khi nhìn rõ cấu trúc của bán phần trước.
- Điều chỉnh để có khe sáng thích hợp. Có 4 cách chiếu sáng:
  - + Chiếu sáng trực tiếp
  - + Chiếu sáng gián tiếp
  - + Chiếu sáng bằng phản xạ
  - + Chiếu sáng bằng các vùng bị chói

## **ĐO KHÚC XẠ KHÁCH QUAN (SOI BÓNG ĐỒNG TỬ)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi bóng đồng tử là một phương pháp đánh giá khúc xạ khách quan.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp cần xác định tình trạng khúc xạ của mắt.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.
- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp tốt để soi.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên chuyên khoa Mắt.

## 2. Phương tiện

Một máy soi bóng đồng tử hình khe, hộp kính và gọng kính thử, thước Parent.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

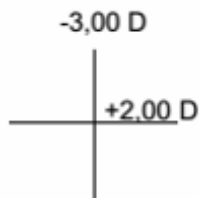
### 1. Kiểm tra người bệnh

Có yêu cầu và có đầy đủ các điều kiện để soi bóng đồng tử.

### 2. Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện trong điều kiện phòng ánh sáng yếu để cho đồng tử không co nhỏ.
  - Người bệnh ngồi trước mặt người khám, và mắt nhìn qua tai người khám hướng vào một vật tiêu ở xa.
  - Chọn khoảng cách đo (khoảng cách làm việc) tùy theo người khám. Khoảng cách đo thường dùng là 50cm.
  - Chỉnh máy soi bóng đồng tử ở chế độ chùm sáng song song (lúc này khe sáng chiếu lên tường không còn rõ nét nữa), đầu tiên để khe sáng theo hướng dọc.
  - Mắt người khám nhìn qua thị kính của máy và hướng chùm sáng vào đồng tử người bệnh. Đầu tiên để khe sáng để theo hướng dọc. Quét khe sáng ngang qua đồng tử. Quan sát chuyển động của bóng đồng tử so với khe sáng để xem bóng cùng chiều, ngược chiều, hoặc tỏa lan. Đồng thời đánh giá 3 yếu tố: tốc độ, độ sáng, và độ rộng của bóng đồng tử.
  - Xoay khe sáng về hướng ngang và lại quét dọc khe sáng qua đồng tử. Quan sát và đánh giá như bước 5.
  - Trường hợp bóng đồng tử không cùng hướng với khe sáng (loạn thị chéo) thì xoay khe sáng của máy theo hướng chéo cho trùng với hướng của bóng đồng tử và thực hiện tiếp tục các bước trên.
  - Phương pháp dùng 2 kính cầu để trung hòa bóng đồng tử (khoảng cách đo 50cm):
    - + Nếu bóng tỏa lan ngay mà chưa đặt thêm kính thì công suất của mắt ở kính tuyến đó là -2,00 D. Không cần trung hòa nữa.
    - + Nếu bóng cùng chiều thì cần dùng kính cộng để trung hòa bóng đồng tử. Nếu bóng ngược chiều dùng kính trừ để trung hòa bóng đồng tử. Dùng thanh thước soi bóng đồng tử hoặc các mắt kính rời (đặt vào gọng kính thử). Thay đổi công suất kính đến khi thấy bóng tỏa lan.
    - + Lấy số điốp của mắt kính cho bóng tỏa lan trừ đi 2 D (công suất kính cho khoảng cách đo 50cm) sẽ được công suất khúc xạ của trục tương ứng. Nếu 2 trục chính (vuông góc) có công suất bằng nhau thì mắt không có loạn thị.
- Thí dụ: quét khe sáng theo hướng ngang, công suất kính cho bóng tỏa lan là +4,00 D thì công suất của trục ngang là +2,00 D. Quét khe sáng theo hướng dọc,

công suất kính cho bóng tỏa lan là  $-1,00\text{ D}$  thì công suất trục dọc là  $-3,00\text{ D}$ .  
Khúc xạ của mắt được ghi bằng chữ thập quang học như sau:



Công suất của mắt này cần kính điều chỉnh là:

$$+2,00 - 5,00 \times 180$$

Thay cho phương pháp sử dụng 2 kính cầu, cũng có thể sử dụng một kính cầu và một kính trụ để tìm công suất trụ theo cách sau:

- Đầu tiên trung hòa một trục bằng một kính cầu.
- + Nếu cả 2 trục cùng chiều thì trung hòa trục có bóng chậm hơn, tối hơn, và mảnh hơn.
- + Nếu cả 2 trục ngược chiều thì trung hòa trục có bóng nhanh hơn, sáng hơn, và dày hơn.
- + Nếu một trục cùng chiều và một trục ngược chiều thì trung hòa trục cùng chiều trước.
- Sau đó trung hòa trục còn lại bằng một kính trụ tròn.
- Đọc kết quả (công suất và trục) kính điều chỉnh ở 2 mắt kính trên gọng thử.

## SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đáy mắt trực tiếp là một kỹ thuật giúp đánh giá tình trạng võng mạc dịch kính

### II. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý về võng mạc dịch kính

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

## **2. Phương tiện**

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp
- Thuốc giãn đồng tử

## **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Nhỏ giãn đồng tử
- Thày thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,
- Dùng mắt cùng bên để soi đáy mắt
- Tay phải cầm đèn soi đáy mắt, đặt máy trước và sát mắt phải, mắt nhìn qua lỗ nhìn của máy thấy ánh đồng tử của bệnh nhân đỏ hồng, tay trái giữ đầu và vành mi mắt phải của bệnh nhân, thầy thuốc chuyển đầu dần về phía bệnh nhân luôn luôn phải nhìn thấy ánh đồng tử hồng, cho đến khi máy cách mắt bệnh nhân 2-3 cm, dùng ngón trỏ tay phải để điều chỉnh từ từ hệ thống thấu kính cho đến khi nhìn rõ hình ảnh đáy mắt bệnh nhân

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **SOI GÓC TIỀN PHÒNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi góc tiền phòng giúp đánh giá tình trạng góc tiền phòng

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý có tổn thương liên quan đến vùng góc tiền phòng

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

### **2. Phương tiện**

- Máy sinh hiển vi khám mắt, kính 3 mặt gương

- Thuốc: giãn đồng tử

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Dicain tê tại chỗ

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

- Bệnh nhân tỳ cằm vào máy sinh hiển vi khám mắt

- Đặt kính 3 mặt gương tiếp xúc với giác mạc, quan sát ở mặt kính nhỏ nhất, di chuyển hệ quang học máy sinh hiển vi về phía trước cho đến khi thấy được góc tiền phòng.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

### **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **SOI ĐÁY MẮT BẰNG KÍNH 3 MẶT GƯƠNG/ SCHEPENS**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi đáy mắt bằng kính 3 mặt gương là một kỹ thuật giúp đánh giá tình trạng võng mạc dịch kính

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý về võng mạc , dịch kính

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Máy sinh hiển vi khám mắt, kính 3 mặt gương hoặc kính soi góc
- Thuốc giãn đồng tử

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Nhỏ giãn đồng tử
- Thày thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,
- Bệnh nhân tỳ cằm vào máy sinh hiển vi khám mắt
- Đặt kính 3 mặt gương tiếp xúc với giác mạc ,di chuyển hệ quang học máy sinh hiển vi về phía trước cho đến khi thấy được võng mạc,quan sát võng mạc qua từng mặt kính

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **THAY BĂNG MẮT VÔ KHUẨN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Thay băng bằng tăm bông vô khuẩn là công việc làm sạch mắt để ngăn ngừa nhiễm khuẩn cho người bệnh.

## **II . CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh sau phẫu thuật mắt và có chỉ định phải băng mắt.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định thay băng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

### **2. Phương tiện**

Dụng cụ:

- Chuẩn bị xe thay băng theo quy định.
- Bàn thay băng.

### **3. Người bệnh**

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn thay băng.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Chuẩn bị tắm bông, băng sạch ra khay vô khuẩn.
- Dùng kẹp phẫu tích sạch hoặc bằng tay bóc băng nhẹ nhàng.
- Tra dung dịch natri clorua 0,9% vào góc trong mắt thay băng và làm ẩm đầu bông.
- Tay trái cầm tăm bông thứ nhất vành nhẹ mi dưới xuống, hướng dẫn người bệnh ngược nhìn lên, tay phải cầm tăm bông thứ 2 lau sạch mi từ ngoài vào trong. Lau lại lần nữa bằng tăm bông thứ 3. Lau vùng xung quanh mi từ trong ra ngoài bằng tăm bông thứ 4.
- Xem tình hình vết phẫu thuật, nếu có hiện tượng bất thường báo ngay cho bác sĩ điều trị.
- Tra thuốc theo y lệnh của bác sĩ.



- Đặt gạc vô trùng và băng lại (băng che, kín, hoặc băng ép tùy theo y lệnh của bác sĩ).

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi mắt có kích thích, đau nhức hay không? quan sát dịch thấm băng mắt và toàn trạng người bệnh. Nếu thấy bất thường cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.

## **NHỎ THUỐC VÀO MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhỏ thuốc là đưa dung dịch thuốc vào kết mạc cùng đồ dưới của mắt, từ đó thuốc thấm qua kết mạc và giác mạc để vào phần trước nhãn cầu.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các bệnh về mắt khi có chỉ định dùng thuốc tra mắt.

### **III. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Xe tiêm, thay băng.
- Hộp bông ướt hoặc tắm bông, bông gạc vô khuẩn.
- Phiếu tra thuốc, găng tay sạch, băng dính và kéo (Người bệnh đã phẫu thuật).
- Dung dịch cồn 70<sup>0</sup>C hoặc dung dịch cồn rửa tay nhanh.
- Kẹp phẫu tích có máu vô khuẩn, kẹp phẫu tích sạch, lọ cầm kẹp phẫu tích.
- Túi đựng rác thải y tế, rác thải tái chế.
- Các loại thuốc theo y lệnh.

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích, hướng dẫn cho người bệnh để phối hợp với Điều dưỡng.
- Tư thế người bệnh:
  - + Nằm ngửa, đặt gối phía dưới để đầu được nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái (Trẻ nhỏ: nên đặt nằm và giữ đầu cố định).
  - + Ngồi ghế: ghế tựa, yêu cầu người bệnh ngửa đầu ra sau.

## **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra phiếu tra thuốc so với bệnh án.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Thực hiện kiểm tra 5 đúng.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Thực hiện quy trình vô khuẩn.

- Lau rửa mắt: dùng bông ướt hay tăm bông lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt.

- Nhỏ mắt:

+ Thuốc nước:

• Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên và ra ngoài. Một ngón tay kéo mi dưới xuống, bông đặt ở mi dưới để thấm nước mắt sau khi tra.

• Cầm lọ thuốc cách mắt khoảng 1,5 - 2cm. Nhỏ thuốc vào góc trong mắt, cùng đồ dưới, tránh chạm đầu ống thuốc vào mắt.

• Nếu tra nhiều loại thuốc mỗi loại cách nhau 5 phút

• Tra thuốc tê tại chỗ: giọt đầu tiên tra phía cùng đồ dưới, lần tiếp theo nên tra trực tiếp lên nhãn cầu.

• Trong trường hợp trẻ nhỏ hoặc người bệnh bị đau hay chảy nước mắt không thể nhìn lên trên được, điều dưỡng dùng 2 ngón tay để giữ mi trên và mi dưới rồi tra thuốc lên mắt.

+ Thuốc mỡ:

Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên, dùng một ngón tay kéo mi dưới, đưa một lượng thuốc dọc theo cùng đồ dưới, đảm bảo phần cuối của typ thuốc không chạm vào lông mi.

### **Lưu ý:**

- Không nên tra thuốc trực tiếp lên giác mạc, không để đầu lọ thuốc chạm vào mắt.

- Không được kéo mi trên trong trường hợp người bệnh tự mở được mắt

- Khi tra thuốc độc (như atropin) phải ấn giữ góc trong mắt vùng lệ quản tránh làm thuốc xuống khoang miệng.

- Thuốc đã mở nắp chỉ dùng trong thời gian dưới 15 ngày.

## **V. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng mắt: mi mắt, dịch xuất tiết, kết mạc, giác mạc, màu sắc da xung quanh mắt, đau nhức, đau nhức nhiều có kèm nôn.
- Nếu có dấu hiệu bất thường ghi phiếu chăm sóc, báo cho bác sĩ.

## **VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chạm vào giác mạc gây xước giác mạc: tra thuốc kháng sinh phòng chống bội nhiễm, tăng cường dinh dưỡng mắt.
- Các biến chứng về toàn thân liên quan đến dược động học của thuốc: báo cho bác sĩ.
- Xử trí theo hướng toàn thân.

## **CẤP CỨU BÔNG MẮT BAN ĐẦU**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là một cấp cứu trong nhãn khoa, Tồn thương rất nặng nề, điều trị khó khăn, để lại hậu quả trầm trọng. Cấp cứu bông mắt phải hết sức khẩn trương và tiên lượng của bông phụ thuộc vào mức độ tổn thương và cấp cứu ban đầu. Phải xử lý và điều trị đúng lúc, kịp thời.

### **II, CHỈ ĐỊNH**

- Các loại bông mọi mức độ

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đồ
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.

### **3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng

- Loại trừ chất gây bông.

- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.

- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.

- Lật mi trên, kéo mi dưới

- Bơm nước rửa cùng đồ

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

## **VII. PHÒNG BỆNH**

Đảm bảo an toàn lao động, sinh hoạt

## **KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LỌ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích cháp - lọ là kỹ thuật lấy đi ổ cháp hoặc lọ.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Chích cháp và lọ khi đã hình thành mũ và ổ viêm khu trú có điểm mũ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chấp, lẹo đang sung tấy.
- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

##### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích chấp.
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

##### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

###### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

###### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng cặp cố định, cố định chấp. Chú ý vặn ốc vừa phải.
- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chấp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.
- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chấp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chấp.
- Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

#### **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

#### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **NẶN TUYẾN BỜ MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Nặn tuyến bờ mi là kỹ thuật nhằm làm sạch bờ mi, đẩy các chất tiết của tuyến bờ mi ra và đưa thuốc trực tiếp lên bờ mi.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Thuốc:
  - + Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain 1%.
  - + Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.
- Dụng cụ:
  - + Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.
  - + Thanh đè.
  - + Tăm bông nhỏ.

#### **3. Người bệnh**

Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

### **V. Các bước tiến hành**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.
- Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:
  - + Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.

+ Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 - 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cánh của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bả ở bờ mi. Tiến hành chà bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có tăm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm như vậy từ 2 - 3 lần.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi xem bờ mi có sưng nề, đỏ do nặn tuyến bờ mi không nếu thấy biểu hiện bất thường báo ngay cho bác sĩ. Đối với trường hợp dị ứng thuốc thì ngừng ngay thuốc đó và báo ngay cho bác sĩ.

## **THỦ THUẬT CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Áp xe túi lệ là hậu quả của quá trình viêm nhiễm cấp tính ở túi lệ và tổ chức xung quanh vùng túi lệ. Chích áp xe túi lệ nhằm tạo đường dẫn lưu để làm mủ thoát ra khỏi ổ áp xe túi lệ.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp áp xe túi lệ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Có thể gây tê tại vùng quanh túi lệ bằng thuốc tê hoặc rạch trực tiếp vùng áp xe mà không cần gây tê (với các trường hợp áp xe nặng).

### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát trùng vùng áp xe bằng betadin 10%.
- Dùng dao rạch ở vùng trung tâm (đỉnh) của khối áp xe. Mở rộng để tạo điều kiện cho mủ và chất hoại tử thoát ra dễ dàng.
- Ấn làm cho mủ thoát ra đường rạch.
- Băng.
- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.
- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.
- Bảo đảm lỗ rò liền.

## **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề.

## **CHÍCH DẪN LƯU TÚI LỆ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Áp xe túi lệ là hậu quả của quá trình viêm nhiễm cấp tính ở túi lệ và tổ chức xung quanh vùng túi lệ. Chích dẫn lưu túi lệ nhằm tạo đường dẫn lưu để làm mủ thoát ra khỏi ổ áp xe túi lệ.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp áp xe túi lệ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

#### **3. Người bệnh**



Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Có thể gây tê tại vùng quanh túi lệ bằng thuốc tê hoặc rạch trực tiếp vùng áp xe mà không cần gây tê (với các trường hợp áp xe nặng).

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát trùng vùng áp xe bằng betadin 10%.
- Dùng dao rạch ở vùng trung tâm (đỉnh) của khối áp xe. Mở rộng để tạo điều kiện cho mủ và chất hoại tử thoát ra dễ dàng.
- Ấn làm cho mủ thoát ra đường rạch.
- Băng.
- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.
- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.
- Bảo đảm lỗ rò liền.

### **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề.

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu : băng ép

## **BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm rửa và thông lệ đạo là kỹ thuật làm sạch đường dẫn lệ, kiểm tra sự lưu thông và làm thông đường dẫn lệ.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

### **1. Bơm rửa lệ đạo**

- Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.
- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc.
- Các trường hợp nghi ngờ tắc hẹp lệ đạo.
- Trước khi tiến hành thông lệ đạo.

### **2. Thông lệ đạo**

Các trường hợp chảy nước mắt hoặc mù do chít hẹp điểm lệ, tắc lệ quản ngang hoặc ống lệ mũi.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Áp xe túi lệ.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

### **2. Phương tiện**

- Que nong điểm lệ.
- Bộ que thông lệ đạo với các số khác nhau.
- Bơm tiêm, kim bơm rửa lệ đạo.
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.

### **3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.

#### **3.1. Bơm lệ đạo**

Cách làm: thường bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài để cố định mi và điểm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, đưa kim thẳng góc từ trên xuống vào qua điểm lệ 1mm. Quay bơm tiêm  $90^0$  vào lệ quả ngang, song song bờ mi đến túi lệ, khi chạm vào thành xương thì lùi lại 1mm và từ từ bơm nước vào.

Kết quả:

- Nước xuống miệng chứng tỏ lệ đạo thông.
- Phải bơm thật mạnh nước mới xuống miệng hoặc nước vừa xuống miệng vừa trào điểm lệ trên chứng tỏ lệ đạo thông nhưng bị hẹp.
- Nước trào tại chỗ là tắc lệ đạo ở lệ quả dưới.
- Nước trào ra lệ quả trên: tắc đoạn nào đó từ cổ túi lệ trở xuống ống lệ mũi.
- Khi lệ đạo tắc có nhiều mủ thì cần rửa sạch sau đó mới tiến hành thông lệ đạo.

### **3.2. Thông lệ đạo**

- Thông điểm lệ: dùng 1 tay kéo da mi để bộc lộ điểm lệ. Trường hợp điểm lệ quá nhỏ có thể tra xanh metylen hoặc thuốc đỏ để phát hiện dễ hơn. Tay kia cầm que nong đầu nhọn đưa vào điểm lệ vuông góc với bờ mi, khi que nong vào được 1mm, xoay ngang que nong  $90^0$  sao cho song song với bờ mi và đẩy vào trong vừa đẩy vừa xoay tròn que nong để nong rộng điểm lệ. Khi que không vào được nữa rút que nong ra.

- Thông lệ quả ngang: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điểm lệ 1mm sau đó vào lệ quả ngang sau khi xoay ngang  $90^0$  cho đến khi đầu que thông chạm vào túi lệ và thành xương. Khi que thông đi qua chỗ chít hẹp thì xoay tròn que thông và đẩy từ từ vào trong.

- Thông ống lệ mũi: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điểm lệ 1mm vuông góc với bờ mi, sau đó xoay ngang que thông  $90^0$  và tiếp tục đẩy que thông đi song song với bờ mi. Nếu khó đẩy que thông thì cần kéo căng da mi ra phía ngoài để lệ quả ngang nằm thẳng, que thông sẽ vào dễ hơn. Khi đầu que thông chạm vào thành xương (que vào khoảng 1 - 1,5cm) xoay que thông lên phía trên một góc  $90^0$  sau đó đẩy từ từ xuống phía dưới theo hướng ống lệ mũi (khi đẩy đầu que thông luôn luôn chạm vào thành xương). Rút que thông ra, bơm nước lệ đạo để kiểm tra. Nếu thông chưa được thì khoảng thời gian giữa hai lần thông ít nhất là 1 tuần.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Chảy máu**

Chảy máu ở mũi hoặc điểm lệ do đầu que thông làm xước niêm mạc lệ đạo hay niêm mạc mũi. Dùng ngón tay hoặc cục bông ấn nhẹ vào vùng lệ đạo một lúc cho đến khi hết chảy máu.

### **2. Que thông đi sai đường**

Cách xử trí như đối với biến chứng chảy máu, nếu phù nề nhiều có thể băng ép và dùng thuốc chống phù nề.

## **LẤY BỆNH PHẨM KẾT MẠC**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Lấy bệnh phẩm kết mạc là kỹ thuật lấy bệnh phẩm trong các trường hợp người bệnh bị viêm kết mạc để xác định tác nhân nhân gây bệnh hoặc nuôi cấy dự phòng trước phẫu thuật đối với những trường hợp người bệnh còn một mắt độc nhất.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp viêm kết mạc.
- Nuôi cấy dự phòng trong trường hợp phẫu thuật mắt độc nhất.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Vi sinh, bác sĩ chuyên khoa Mắt, kỹ thuật viên xét nghiệm.

#### **2. Phương tiện**

- Đèn cồn, cồn 90<sup>0</sup>, cồn methanol, bông hấp tiệt trùng.
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, thuốc gây tê bề mặt.
- Curette, Kimura's spatula đã hấp tiệt trùng, tăm bông vô trùng.
- Bộ thuốc nhuộm Gram, bộ thuốc nhuộm Giemsa, thuốc nhuộm methylen blue.
- Lam kính, lá kính sạch, bút viết kính, giá cầm lam, que cấy.
- Kính hiển vi, tủ lạnh để sinh phẩm hóa chất, tủ ấm thường, tủ ấm CO<sub>2</sub>.
- Buồng an toàn sinh học.
- Gường hoặc ghế lấy bệnh phẩm, đèn soi.
- Các môi trường nuôi cấy: thạch máu, thạch chocolate.

#### **3. Người bệnh**

- Trước khi tới làm xét nghiệm không lau các chất tiết, mù.
- Làm xét nghiệm trước khi sử dụng kháng sinh. Nếu đã sử dụng phải ngừng thuốc ít nhất trước 24 giờ (ngoại trừ trường hợp viêm kết mạc cấp ở trẻ sơ sinh).
- Giải thích để người bệnh yên tâm và hợp tác.
- Người bệnh ở tư thế thoải mái, phù hợp với cách lấy bệnh phẩm.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Giấy yêu cầu làm xét nghiệm của bác sĩ chuyên khoa.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Tra 1-2 giọt dicain 1% vào kết mạc cùng đồ dưới mắt cần lấy bệnh phẩm:
- Nhuộm soi tìm vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng: dùng curette hoặc Kimura's spatula lấy tiết tố kết mạc phết lên 1-2 lam kính sạch. Dàn bệnh phẩm theo đường xoắn ốc từ trong ra ngoài, cố định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Gram, methylen blue....
- Xét nghiệm tế bào học: lột mi trên, dùng curette hoặc Kimura's spatula vô trùng nạo nhẹ kết mạc. Khi nạo để lấy được tế bào biểu mô, kết mạc phải hơi trắng, tránh để chảy máu. Dàn bệnh phẩm theo đường xoắn ốc từ trong ra ngoài, cố định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Giemsa...
- Nuôi cấy: dùng tăm bông vô trùng làm ẩm bằng nước muối sinh lý 0,9% quệt vào cùng đồ mắt bị viêm, cấy theo hình Zic-Zac vào môi trường nuôi cấy. Mỗi người bệnh cấy một đĩa môi trường riêng biệt (Chú ý lấy bệnh phẩm nuôi cấy trước khi tra thuốc gây tê).

## **VI. THEO DÕI**

Trong khi lấy bệnh phẩm cần theo dõi về trạng thái tinh thần và thể trạng chung của người bệnh để kịp xử lý.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

Không có.

# **RẠCH ÁP XE MI**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Rạch áp xe mi là kỹ thuật lấy đi ổ áp xe mi

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe mi đã khu trú

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe mi sung tấy.
- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

## **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích áp xe
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

## **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch da mi ở vị trí áp xe ,làm sạch mủ ,để hở vết rạch không khô
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

## **BÓC GIẢ MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Bóc giả mạc là kỹ thuật để loại bỏ giả mạc khỏi bề mặt kết mạc mi

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường có giả mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Phanh vi phẫu, kim bơm rửa cùng đèn.tầm bông

- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

- Thuốc tê dicain 1%.

- Dung dịch kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng

- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.

- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Lật mi
- Dùng phan, tấm bông để bóc giả mạc
- Bơm rửa cùng đồ
- Nhỏ thuốc kháng sinh

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

# **BÓC SỢI GIÁC MẠC**

## **II. ĐẠI CƯƠNG**

Bóc sợi giác mạc là kỹ thuật để loại bỏ sợi biểu mô giác mạc ra khỏi bề mặt giác mạc

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường có sợi giác mạc

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

### **2. Phương tiện**

- Phan vi phẫu, kim bơm rửa cùng đồ
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.



### **3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Đặt vành mi
- Dùng phanh kẹp gần gốc sợi giác mạc kéo ngược với hướng sợi giác mạc
- Nhỏ thuốc kháng sinh

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **RỬA CÙNG ĐỒ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm rửa cùng đồ là kỹ thuật làm sạch túi cùng đồ kết mạc

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.
- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc

- Các trường hợp bỏng nhãn cầu

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đồ
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Lật mi trên,kéo mi dưới
- Bơm nước rửa cùng đồ

### **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

# **ĐỐT LÔNG XIÊU, NHỎ LÔNG XIÊU**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt lông xiêu ,nhỏ lông xiêu là thủ thuật để loại bỏ lông xiêu kích thích vào nhãn cầu

## **II. CHỈ ĐỊNH:**

Mọi người bệnh có lông xiêu

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đốt, nhỏ lông xiêu
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

##### **3.2.1 Nhỏ lông xiêu**

- Lặt bờ mi
- Sử dụng phanh nhỏ nhỏ lông xiêu
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

### 3.2.2 Đốt lông xiêu

- Lidocain 2% tê tại chỗ
- Lặt bờ mi
- Dùng đầu đốt sâu vào nang lông xiêu
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

## VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## LẤY CALCI KẾT MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy calci kết mạc là để loại bỏ những lắng đọng calcit trong kết mạc kết mạc

### II. CHỈ ĐỊNH

- Calci kết mạc

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### 2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy calci kết mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Lật mi bộ lộ vị trí lắng đọng calci
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml, phan vi phẫu để lấy calci
- Rửa kết mạc cùng đồ
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **TIÊM HẬU NHÃN CẦU**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm hậu nhãn cầu để giúp đưa một số thuốc có tác dụng tại chỗ đối với nhãn cầu

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật nội nhãn, tiêm tê nhãn cầu

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép
- Dị ứng các thành phần của thuốc

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiêm hậu nhãn cầu
- Thuốc: Dung dịch betadin 5%,

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn
- Sử dụng bơm tiêm có kim dài 3 cm, mũi kim đi vuông góc với da, tiêm sâu được 1cm, đưa mũi kim tiếp tuyến với nhãn cầu ra sau đến hết độ dài kim tiêm, kiểm tra kim tiêm co chạm vào mạch máu không, tiêm thuốc, rút kim nhanh vuông góc với da
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **TIÊM CẠNH NHÃN CẦU**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm cạnh nhãn cầu để giúp đưa một số thuốc có tác dụng tại chỗ đối với nhãn cầu

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật nội nhãn, tiêm tê nhãn cầu

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép
- Dị ứng các thành phần của thuốc

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiêm cạnh nhãn cầu
- Thuốc: Dung dịch betadin 5%,

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

## **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn
- Sử dụng bơm tiêm có kim dài 2,5cm ,mũi kim đi vuông góc với da,tiêm sâu được 1cm ,đưa mũi kim tiếp tuyến với nhãn cầu ra sau đến hết độ dài kim tiêm,kiểm tra kim tiêm coa chạm vào mạch máu không,tiêm thuốc,rút kim nhanh vuông góc với da
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **TIÊM DƯỚI KẾT MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm dưới kết mạc để giúp đưa một số thuốc có tác dụng tại chỗ của nhãn cầu

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm màng bồ đào,sau phẫu thuật nội nhãn

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép
- Dị ứng các thành phần của thuốc

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiêm dưới kết mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**



- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1m ,tiêm dưới kết mạc vùng rìa hoặc tiêm ở kết mạc gần cùng đồ
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

### **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật kết mạc là để loại bỏ dị vật ra khỏi kết mạc

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật kết mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

##### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

##### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

###### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

###### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml, phan vi phẫu để lấy dị vật kết mạc
- Rửa kết mạc cùng đồ
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

#### **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật giác mạc là để loại bỏ dị vật ra khỏi giác mạc

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật giác mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật giác mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

### 3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml để lấy đi vật giác mạc
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gâ y tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

## VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## SIÊU ÂM MẮT

### I. ĐẠI CƯƠNG.

Siêu âm nhãn cầu là một thăm dò hình ảnh không xâm lấn nhằm đánh giá các tổ chức nội nhãn, đặc biệt có giá trị trong các trường hợp không quan sát được tổ chức nội nhãn như đục thủy tinh thể, xuất huyết tiền phòng...

### II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định đánh giá tổ chức nội nhãn

#### I. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các vết thương hở xuyên nhãn cầu

#### II. CHUẨN BỊ

##### 1. Cán bộ thực hiện

Bác sỹ được đào tạo kỹ thuật siêu âm.

##### 2. Phương tiện

Máy siêu âm.

##### 3. Người bệnh

Hướng dẫn giải thích người bệnh.

##### 4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu yêu cầu của bác sỹ chuyên khoa.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Hướng dẫn người bệnh nhắm mắt.
- Siêu âm từng mắt cho bệnh nhân
- Siêu âm mỗi mắt theo các kinh tuyến khác nhau
- In kết quả, ghi kết quả vào phiếu siêu âm.
- Trả kết quả cho người bệnh

## **TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THỂ BẰNG SIÊU ÂM AB**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tính công suất thể thủy tinh thay thể là kỹ thuật tính toán chính xác công suất thể thủy tinh nhân tạo sẽ được đặt vào mắt người bệnh sau khi phẫu thuật lấy bỏ thể thủy tinh đục ra ngoài.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có chỉ định đặt thể thủy tinh nhân tạo.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm kết mạc cấp.
- Viêm loét giác mạc.
- Các vết thương hở xuyên nhãn cầu.
- Mới phẫu thuật nội nhãn.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Cán bộ thực hiện**

Bác sỹ được đào tạo kỹ thuật siêu âm.

#### **2. Phương tiện**

Máy siêu âm, máy đo khúc xạ giác mạc.

### **3. Người bệnh**

Hướng dẫn, giải thích người bệnh

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Phiếu yêu cầu của bác sĩ chuyên khoa.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Đo khúc xạ giác mạc:

+ Hướng dẫn người bệnh nhìn thẳng mở mắt, áp sát trán vào máy.

+ Bật máy rồi đo khúc xạ giác mạc từng mắt cho người bệnh.

- Đo trục nhãn cầu và tính công suất IOL:

+ Cho người bệnh làm siêu âm A-B lấy số đo trục nhãn cầu.

+ Mở cửa sổ trên máy vào chương trình đo IOL.

+ Nhập thông số khúc xạ giác mạc (K1-K2) và số đo trục nhãn cầu (AXIAL-LENGTH) vào chương trình.

+ Chọn Aconts (hằng số) và ghi chỉ số IOL thích hợp.

+ In kết quả.

+ Ghi kết quả vào phiếu siêu âm.

+ Trả kết quả cho người bệnh.

## **V. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng của người bệnh.

## **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Trợt biểu mô giác mạc: khi đo quá nhiều lần: dùng thuốc kháng sinh, thuốc tái tạo nhanh biểu mô giác mạc.

# CHỤP OCT BÁN PHẦN SAU

## I. ĐẠI CƯƠNG

OCT bán phần sau hay chụp cắt lớp quang học là thăm dò không xâm lấn sử dụng các sóng hồng ngoại nhằm đánh giá cấu trúc vi thể của võng mạc và thị thần kinh với độ phân giải lên đến 10 $\mu$ m.

## II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân cần đánh giá bán phần sau nhãn cầu đặc biệt trong các bệnh võng mạc, và lớp sợi thần kinh thị giác quanh gai trong bệnh lý Glacom

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân không hợp tác, tình trạng toàn thân không cho phép.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên ngành nhãn khoa.

### 2. Phương tiện

Hệ thống chụp cắt lớp võng mạc.

### 3. Người bệnh

Giải thích và tư vấn bệnh nhân.

### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y Tế.

## III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ

### 2. Kiểm tra người bệnh

### 3. Thực hiện kỹ thuật

- Khởi động máy OCT, lựa chọn chế độ chụp bán phần sau.
- Nhập dữ liệu thông tin bệnh nhân
- Hướng dẫn bệnh nhân ngồi, cầm và trán tỳ vào thanh đỡ.
- Điều chỉnh máy sao cho hình ảnh rõ nét trên màn hình hiển thị.

- Yêu cầu bệnh nhân mở mắt, nhìn vào tiêu định thị
- Tiến hành chụp
- In và ghi kết quả vào phiếu chụp.

## **VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng bệnh nhân.

# **CẮT BỎ CHẮP CÓ BỌC**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ chắp có bọc là kỹ thuật lấy đi toàn bộ ổ chắp

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Chắp và lệo khi đã hình thành mũ và ổ viêm khu trú có điểm mũ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chắp, lệo đang sung tấy.
- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích chắp.
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**



## **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng cặp cố định, cố định chắc. Chú ý vận ốc vừa phải.
- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắc, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.
- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chắc, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắc.
- Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

# **PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỨNG GIÁC MẠC**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc là một phẫu thuật tạo lỗ rò, với mục đích tạo một đường thông từ tiền phòng vào khoang dưới kết mạc giúp dẫn lưu thủy dịch và hạ nhãn áp.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Glôcôm góc mở: không còn đáp ứng với thuốc và laser hoặc chống chỉ định với việc dùng thuốc hoặc không có khả năng dùng thuốc.
- Glôcôm góc đóng: khi góc đóng trên một nửa chu vi, hoặc những trường hợp không thành công với điều trị laser.
- Glôcôm bẩm sinh.
- Glôcôm thứ phát nhãn áp không điều chỉnh với thuốc.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có bệnh cấp tính tại toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.
- Tình trạng kết mạc và củng mạc không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Dụng cụ vi phẫu.
- Hiên vi phẫu thuật.
- Thuốc: sát trùng, gây tê, thuốc tiêm, tra sau phẫu thuật.

### **3. Người bệnh**

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Tra mắt bằng betadin 5%, kháng sinh trước phẫu thuật.
- Đánh dấu mắt phẫu thuật.
- Trước phẫu thuật 1 - 2 giờ, người bệnh được tra betadin 5%, kháng sinh, uống acetazolamid 0,25g x 2 viên.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

- Bộc lộ vùng phẫu thuật: đặt chỉ cơ trực trên hoặc chỉ giác mạc để bộc lộ vùng rìa trên. Vùng phẫu thuật có thể ở chính giữa 12 giờ hoặc lệch về góc phần tư mũi trên hoặc thái dương trên. Trong những trường hợp đặc biệt có thể chọn vùng khác.

- Mở kết mạc:

+ Mở kết mạc sát rìa đáy quay về cùng đồ.

+ Hoặc mở kết mạc cùng đồ (cách rìa từ 8 - 10mm) đáy quay về rìa.

- Tạo vạt củng mạc: có thể tạo vạt củng mạc hình chữ nhật hoặc hình tam giác. Vạt hình chữ nhật 3 x 4mm, chiều sâu bằng - 3/4 chiều dày củng mạc. Với các trường hợp có nguy cơ tái phát cao có thể áp thuốc chống chuyển hóa.

- Chọc tiền phòng, hạ nhãn áp từ từ.

- Cắt bè củng mạc kích thước 1 x 2mm: rạch hai đường song song, cách nhau 1mm. Đường thứ nhất: ranh giới giữa vùng trắng củng mạc và vùng rìa xám (tương đương với chựa củng mạc), đường thứ hai nằm vào ranh giới vùng xám rìa và vùng trong suốt của giác mạc (tương đương với đường schwalbe) sau đó dùng kéo cắt hai đầu.

- Cắt móng mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với móng mắt kéo ra và dùng kéo cắt sát nền củng mạc.

- Khâu phục hồi nắp củng mạc. Các mũi chỉ có độ chặt vừa phải, cho phép thủy dịch thấm rỉ khi bơm nước tạo tiền phòng sâu hơn bình thường.

- Khâu phục hồi kết mạc.

- Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hoặc bằng hơi qua đường chọc tiền phòng.

- Tiêm kháng sinh và corticoid.

## **VI. THEO DÕI HẬU PHẪU**

Điều trị thuốc chung.

- Chống viêm steroid tra tại chỗ 4 - 6 lần, trong 4 - 6 tuần.

- Kháng sinh tại chỗ 2 tuần đầu.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Xơ hóa dưới kết mạc; Tắc miệng trong lỗ rò do móng mắt hoặc do máu; Bong dẹt nhãn áp thấp; Nhãn áp thấp do viêm màng bồ đào hoặc giảm tiết thủy dịch; Bong hắc mạc; Tách thể mi; Bong võng mạc; Sẹo quá bong; Xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

# SỬA SỢ BỌNG SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Sợ bong hay bong thắm là kết quả của phẫu thuật lỗ rò điều trị glôcôm. Sự hình thành sợ bong là điều kiện tiên quyết để bình ổn nhãn áp. Tuy nhiên theo thời gian một số sợ bong dần trở nên quá mỏng dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng sợ bong, rò vỡ sợ bong và viêm nội nhãn. Những trường hợp này cần phải can thiệp phẫu thuật sửa lại sợ bong hạn chế các biến chứng nguy hiểm trên.

## II. CHỈ ĐỊNH

- Sợ quá phát đơn thuần: sợ có kích thước lớn, chòem lên giác mạc gây triệu chứng chủ quan khó chịu và thẩm mỹ xấu cho người bệnh.
- Sợ quá phát dọa thủng: sợ có kích thước lớn, kết mạc rất mỏng gần như thủng.
- Sợ vỡ: kết mạc đã thủng, Seidel (+).

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tương đối: người bệnh có kèm theo các bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt được đào tạo.

### 2. Phương tiện

Sinh hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ vi phẫu, mảnh củng mạc.

### 3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của phẫu thuật.
- Trước mổ: nhỏ thuốc kháng sinh.

### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ

### 2. Kiểm tra người bệnh

### 3. Thực hiện kỹ thuật

Hai kỹ thuật chủ yếu được sử dụng là kỹ thuật trượt vạt kết mạc và kỹ thuật sửa sợ bong có ghép tổ chức.

#### 3.1. Kỹ thuật trượt vạt kết mạc

- Chỉ định:

- + Bọng thám có nắp cứng mạc còn tốt chưa bị tiêu mỏng.
- + Bọng thám không quá lớn.
- + Diện tích kết mạc lành còn đủ rộng.
- Các bước tiến hành:
  - + Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
  - + Phẫu tích kết mạc quanh sẹo xơ, cách sẹo khoảng 1mm, bóc tách kết mạc rộng về các phía, tránh làm tổn thương cơ trực.
  - + Cắt bỏ sẹo xơ ra khỏi giác và kết mạc, bộc lộ nắp cứng mạc.
  - + Kiểm tra mức độ rò của thủy dịch bằng test Seidel. Nếu thấy thủy dịch rò quá nhiều hoặc thấy tiền phòng trở nên nông hơn một cách rõ rệt trong khi thực hiện các động tác phẫu thuật thì phải khâu lại nắp cứng mạc bằng chỉ nylon 10/0.
  - + Kéo trượt vạt kết mạc ra trước khâu dính vào cứng mạc ở 2 phía của vùng rìa.
  - + Tra thuốc mỡ kháng sinh và corticoid.
  - + Băng mắt.

### **3.2. Kỹ thuật sửa sẹo bọng thám có ghép tổ chức**

- Chỉ định:
  - + Bọng thám quá lớn diện tích kết mạc không đủ rộng để phủ qua vùng sẹo rò.
  - + Bọng thám có nắp cứng mạc tiêu mỏng hoặc thủng.
- Chất liệu ghép:
  - + Kết mạc tự thân.
  - + Màng ối.
  - + Cứng mạc của người cho.
- Các bước tiến hành:
  - + Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
  - + Phẫu tích kết mạc quanh sẹo xơ, cách sẹo khoảng 1mm, bóc tách kết mạc rộng về các phía, tránh làm tổn thương cơ trực.
  - + Cắt bỏ sẹo xơ ra khỏi giác mạc và kết mạc bộc lộ nắp cứng mạc. Phải tiến hành thật cẩn thận vì thì này rất dễ thủng nắp cứng mạc hoặc tổn thương giác mạc nếu sẹo xâm lấn giác mạc nhiều.
  - + Nếu thấy nắp cứng mạc tiêu mỏng hoặc thủng thì tiến hành ghép cứng mạc của người cho. Lấy mảnh cứng mạc kích thước tương ứng với vùng cứng mạc tiêu mỏng, giữ nguyên toàn bộ chiều dày hoặc lạng đi 1/2 chiều dày tùy theo mức độ tiêu mỏng của cứng mạc.
  - + Nếu kết mạc mủn, diện tích kết mạc không đủ rộng thì tiến hành ghép kết mạc tự thân hoặc ghép màng ối.

- + Tra thuốc mỡ kháng sinh và corticoid.
- + Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Theo dõi về sự tái tạo lại sẹo bong.
- Làm test Seidel để phát hiện và xử lý kịp thời rò thủy dịch.
- Khám đáy mắt: có bong hắc mạc hoặc bệnh lý hoàng điểm do nhãn áp thấp.
- Phát hiện các biến chứng có thể xảy ra.

## **VII. XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG**

### **1. Biến chứng trong phẫu thuật**

- Rách kết mạc: trượt kết mạc khô lại, nếu thiếu sẽ ghép kết mạc tự thân.
- Thủng nắp củng mạc: ghép củng mạc.
- Xuất huyết kết mạc: không cần điều trị.
- Xuất huyết tiền phòng: nếu xuất huyết nhẹ không cần xử lý, nếu xuất nặng cần rửa máu bằng canule Simcoe.

### **2. Biến chứng sau phẫu thuật**

Có thể xảy ra các biến chứng: rò sẹo bong kéo dài, nhiễm trùng sẹo bong, sụp mi, lác, song thị, sẹo quá bong tái phát cần tìm nguyên nhân để xử lý.

## **PHẪU THUẬT CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt móng mắt ngoại vi tạo điều kiện cho thủy dịch lưu thông từ hậu phòng ra tiền phòng để giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị dự phòng mắt thứ hai khi mắt thứ nhất đã bị glôcôm góc đóng.
- Glôcôm góc đóng khi góc tiền phòng đóng dưới chu vi.
- Trên mắt không có thể thủy tinh, đồng tử nghẽn do dịch kính.
- Móng mắt dày không thể thực hiện được laser cắt móng mắt chu biên.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có kèm theo các bệnh viêm nhiễm tại mắt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

## **2. Phương tiện**

Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

## **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật**

- Hạ nhãn áp: uống trước phẫu thuật 1 giờ: acetazolamid 0,25g x 2 viên.
- Tra mắt thuốc co đồng tử trước phẫu thuật 1 giờ.
- Phòng nhiễm trùng mắt: tra thuốc kháng sinh, betadin 5% trước phẫu thuật.

### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu (2 - 3 lần cách nhau khoảng 1 - 2 phút).
- Cố định hai mi bằng vành mi.
- Phẫu tích kết mạc từ rìa giác mạc hoặc giác mạc phía 11 giờ hoặc 13 giờ. Đốt cầm máu củng mạc.
- Dùng lưỡi dao mở giác mạc sát rìa vào tiền phòng dài 2mm.
- Dùng kẹp phẫu tích gấp và cắt móng mắt ngoài vi.
- Rửa sạch sắc tố móng mắt ở mép phẫu thuật. Dùng spatule gạt cho đồng tử tròn đều và kiểm tra qua hiện vi phẫu thuật xem móng mắt đã được cắt hết lớp chưa.
- Kéo kết mạc xuống phủ kín mép phẫu thuật.
- Tiêm kháng sinh cạnh nhãn cầu và tra mỡ kháng sinh.
- Băng vô trùng.

## **VI. THEO DÕI**

- Thay băng mắt hàng ngày.
- Tra mắt thuốc kháng sinh, corticoid.

Lưu ý: Nếu có sắc tố mỏng mắt ở diện đồng tử chỉ tra thuốc dẫn đồng tử nhanh, tuyệt đối không tra atropin.

Ngày sau phẫu thuật người bệnh có thể ra viện.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

Chảy máu: cầm máu.

Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn cần kết hợp kháng sinh toàn thân liều cao.

# **PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao là phương pháp lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ thể thủy tinh qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trừ những trường hợp chống chỉ định.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đục và lệch thể thủy tinh nhiều  $>180^{\circ}$ .
- Đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Máy hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.
- Thể thủy tinh nhân tạo.
- Thuốc gây tê tại chỗ, kháng sinh và corticosteroid.

### **3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định theo quy định.
- Bơm rửa lệ đạo.
- Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.



- Người bệnh và gia đình được giải thích về bệnh, biến chứng, kết quả phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: tiêm tê cạnh nhãn cầu.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Cố định mi và cơ trực trên.
- Phẫu tích kết mạc sát rìa từ 10 giờ - 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu.
- Rạch củng giác mạc vùng rìa: rạch 2/3 bề dày giác mạc, mở vào tiền phòng chiều dài 2mm cách rìa 1mm.
- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu hình con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 - 7mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.
- Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 - 140°.
- Đặt chỉ an toàn
- Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.
- Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.
- Rửa hút sạch chất nhân.
- Bơm chất nhầy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao.
- Rửa sạch chất nhầy.
- Khâu phục hồi vết mổ.
- Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.
- Tiêm kháng sinh và corticosteroid cạnh nhãn cầu.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

### **VI. THEO DÕI**

Thay băng, theo dõi hàng ngày cho đến khi xuất viện.

### **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

## **1. Trong phẫu thuật**

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng.
- Vỡ bao sau thể thủy tinh, phôi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính.
- Xuất huyết tổng khứ hoặc dọa xuất huyết tổng khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

## **2. Sau phẫu thuật**

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu.
- Phù nề giác mạc: điều trị giảm phù nề.
- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dẫn đồng tử.
- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân:
  - + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.
  - + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.
- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, điều trị chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.
- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

## **PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tán nhuyễn nhân thể thủy tinh (phacoemulsification, viết tắt: phaco) là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu phaco (phaco typ) sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mảnh nhỏ và được hút ra ngoài.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp đục thể thủy tinh.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Các bác sĩ nhãn khoa được đào tạo về phương pháp phẫu thuật phaco.

#### **2. Phương tiện**

- Máy phaco.

- Hiện vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu thuật phaco, dịch nhầy.

### **3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật; giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Gây tê**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Với những người bệnh phối hợp tốt, có thể không cần tiêm tê mà chỉ gây tê bằng thuốc tê bề mặt, tra 2 - 3 lần trước phẫu thuật.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực).
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:
  - + Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.
  - + Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.
- Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm.
- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).
- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 - 6mm.
- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.
- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.
- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.
- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.

- Với đường rạch vùng rìa hoặc củng mạc thì có thể khâu 1 mũi chỉ 10-0. Với đường rạch trực tiếp giác mạc thì bơm nước vào mép đường rạch chính và phụ để mép vết phẫu thuật tự khép kín.

- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.

- Có thể tiêm kháng sinh và corticoid sau phẫu thuật.

- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

Tra kháng sinh tại mắt ngày 4 lần trong 1 tuần.

Tra corticoid tại mắt ngày 4 lần trong 1 tháng.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Đường xé bao quá nhỏ: xé bao bổ sung.

- Đường xé bao bị rách rộng ra ngoài vi: nếu chưa có nhiều kinh nghiệm thì nên chuyển sang phẫu thuật ngoài bao.

- Rách bao sau trong quá trình phaco nhân: cần cân nhắc và chuyển sang phẫu thuật ngoài bao sớm nếu thấy đường rách bao rộng hơn.

- Rách bao sau trong quá trình hút chất nhân: cần cắt sạch dịch kính, sau đó đặt thể thủy tinh.

- Nhân thể thủy tinh sa vào buồng dịch kính: không được dùng đầu phaco đưa vào buồng dịch kính để hút nhân. Cần đóng lại vết phẫu thuật và mời chuyên gia võng mạc, dịch kính tới xử lý cắt thể thủy tinh và dịch kính.

- Bỏng mép vết phẫu thuật: do đầu phaco sinh nhiệt. Cần dội nước liên tục vào mép vết phẫu thuật trong quá trình phẫu thuật.

### **2. Sau phẫu thuật**

Tai biến và xử lý giống như các biến chứng của phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao như: viêm nội nhãn, xuất huyết tiền phòng, loạn dưỡng giác mạc, lệch thể thủy tinh, đục bao sau, phù hoàng điểm dạng nang.

## **PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ RÒ TÚI LỆ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò túi lệ là tình trạng tồn tại một đường rò từ túi lệ ra ngoài da mi có thể là do bẩm sinh hoặc mắc phải. Với các trường hợp do bẩm sinh và ống lệ mũi thông thì có thể đóng lỗ rò đơn thuần.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp rò túi lệ mà ống lệ mũi thông.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rò túi lệ có kèm tắc ống lệ mũi.
- Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu. Chỉ khâu 6-0.

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Rửa da quanh vùng lỗ rò cong theo nếp da mi (để tránh tạo sẹo xấu).
- Cắt hết tổ chức biểu mô trong lòng đường rò.
- Đốt cầm máu.
- Khâu đóng lỗ rò bằng chỉ không tiêu 6-0. Cần chú ý khâu sâu để đảm bảo lỗ rò liền tốt.

### **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề

### **VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Phẫu thuật hầu như không có biến chứng gì.
- Cắt chỉ khâu da sau 10 ngày.

## **PHẪU THUẬT CẮT BỎ TÚI LỆ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ túi lệ là phẫu thuật lấy đi toàn bộ túi lệ nhằm loại trừ các tổn thương tại túi lệ như viêm hoặc khối u túi lệ.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm túi lệ mà điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi không có kết quả.
- U túi lệ.
- Viêm túi lệ nhưng không có điều kiện phẫu thuật nối thông.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh cấp tính tại mắt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **VI. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt túi lệ, chỉ tự tiêu, chỉ nylon.

### **3. Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Rạch da: đường rạch cách góc trong 5mm, dài 10 - 15mm. Đường rạch đi hơi cong ra phía ngoài, theo hướng bờ cong của hốc mắt: 1/3 trên của đường rạch ở phía trên góc trong mắt, 2/3 dưới ở phía dưới góc trong mắt (vị trí dây chằng mi trong chia đường rạch làm 1/3 trên và 2/3 dưới).

- Tách tổ chức dưới da, cơ quanh hốc mắt để bộc lộ dây chằng mi trong. Cắt dây chằng mi trong sát chỗ bám với mào lệ trước.

- Bộc lộ túi lệ:

+ Bộc lộ thành trước: tách dây chằng mi trong khỏi thành trước túi lệ, bộc lộ hoàn toàn thành này.

- + Bộc lộ thành ngoài: tách thành ngoài túi lệ khỏi thành trong của hốc mắt.
- + Tách thành trong túi lệ khỏi máng lệ.
- + Bộc lộ đỉnh túi lệ: tách túi lệ về phía trên, cắt dây chằng đỉnh túi lệ.
- + Bộc lộ hoàn toàn túi lệ khỏi máng lệ.
- Cắt túi lệ: cắt túi lệ ở phần cổ túi lệ, nơi tiếp giáp với ống lệ mũi. Cắt sát về phía ống lệ mũi để không cắt sót túi lệ. Kiểm tra xem túi lệ được cắt ra có toàn vẹn hay không. Nếu túi lệ bị khuyết phần nào thì phải bộc lộ và tìm để cắt hết phần túi lệ còn sót.
- Đốt cầm máu: đốt phần đầu trên của ống lệ mũi và lệ quản chung.
- Khâu phục hồi dây chằng mi trong, phần mềm bằng chỉ tự tiêu 5-0. Khâu vết rạch da bằng chỉ không tiêu.
- Băng.

## **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề.

## **VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: do cắt vào mạch góc ở thì rạch da. Có thể cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu cầm máu.
- Thủng thành trong hốc mắt: do cắt phải thành trong hốc mắt khi bộc lộ thành ngoài túi lệ. Có thể thấy mỡ hốc mắt phòi qua lỗ thủng ở thành trong hốc mắt. Biến chứng này làm cho việc cắt túi lệ khó khăn hơn vì mỡ che lấp phẫu trường. Chỉ cần cắt hết túi lệ mà không cần can thiệp gì vào lỗ thủng.

### **2. Sau phẫu thuật**

Rò vết phẫu thuật hoặc viêm túi lệ tái phát: do khi cắt sót mảnh túi. Khi có rò vết phẫu thuật hoặc viêm túi lệ tái phát, cần phẫu thuật lại để cắt hết phần túi lệ còn sót.

## **PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ ĐIỀU TRỊ HẸP, TẮC ĐIỂM LỆ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tạo hình điểm lệ là một nhóm kỹ thuật tái tạo hình dạng cũng như vị trí điểm lệ nhằm điều trị một số bệnh lý làm hẹp, bít tắc điểm lệ gây chảy nước mắt.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp hoặc bít tắc điểm lệ do nhiều nguyên nhân.
- Do các viêm nhiễm: mắt hột, viêm lệ quản, viêm kết mạc mạn tính...
- Do bỏng mắt làm xơ hóa điểm lệ.

- Do chấn thương.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp hoặc tắc điểm lệ do các nguyên nhân khác như hội chứng Steven-Johnson, Pemphigoid.

- Hẹp điểm lệ do quá sản biểu mô điểm lệ.

- Đang mắc bệnh khác tại mắt, đặc biệt đang viêm lệ quản.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Hiện vi phẫu thuật hoặc kính lúp phóng đại tùy theo điều kiện nơi phẫu thuật.

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ thông nong lệ đạo, kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu, dao số 11 mũi nhọn.

- Thuốc sát trùng, thuốc gây tê tại.

#### **3. Người bệnh**

- Được giải thích về bệnh tật và phẫu thuật.

- Chuẩn bị người bệnh như phẫu thuật thường quy.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Tiến hành phẫu thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Nhỏ thuốc tê bề mặt, gây tê tại chỗ vùng da xung quanh điểm lệ bằng thuốc tê tại chỗ.

##### **3.2. Các thì phẫu thuật**

- Xác định điểm lệ: kéo lật nhẹ mi dưới góc trong nhìn qua hiện vi hoặc kính lúp để xác định vị trí điểm lệ và mức độ chít hẹp.

- Dùng que nong điểm lệ đến kích thước đạt yêu cầu (thông thường nong rộng ngang mức que nong số 00 hoặc số 0), không nong điểm lệ qua mức làm rách điểm lệ.

- Kiểm tra điểm lệ vừa được nong có thông vào lệ quản và đường lệ không bằng cách dùng que thông lệ đạo hoặc kim bơm nước vào lệ đạo.



- Dùng dao hoặc kéo đầu nhỏ rạch rồi cắt thành trong điểm lệ (phía kết mạc) sao cho tạo thành 1 hình tam giác có đáy là bờ của điểm lệ, đỉnh quay về phía kết mạc. Lúc này điểm lệ đã được mở rộng.

- Nếu cần thiết có thể cầm máu bằng dao đốt điện.

- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Không cần nằm viện, người bệnh được điều trị ngoại trú.

- Kháng sinh phổ rộng tra mắt kết hợp corticoid tra mắt liều thấp trong 1 tuần.

- Theo dõi quá trình làm sẹo của diện cắt và khả năng dẫn nước mắt.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Kỹ thuật khá đơn giản ít biến chứng. Lưu ý khi thông nong điểm lệ có thể làm rách điểm lệ hoặc tạo ra điểm lệ giả không thông vào được đường lệ chung. Để tránh hiện tượng này thì cần phải quan sát rõ vị trí điểm lệ.

# **THỦ THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ MŨI ĐIỀU TRỊ HẸP VÀ TẮC LỆ ĐẠO**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Thủ thuật đặt ống silicon lệ mũi (ống được luồn từ điểm lệ qua lệ quản, túi lệ, ống lệ mũi và kết thúc ở ngách mũi dưới) là kỹ thuật bảo tồn đường lệ, mục đích điều trị hẹp lệ đạo ở giai đoạn sớm (đặc biệt là hẹp lệ quản và điểm lệ) và tắc lệ đạo bẩm sinh. Ống silicon có tác dụng tạo hình lại lòng ống của đường lệ.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ em: các trường hợp tắc lệ đạo bẩm sinh đã được điều trị nội khoa, day nắn và thông, nong lệ đạo không có kết quả.

- Người lớn: hẹp lệ đạo đặc biệt hẹp lệ quản do nhiều nguyên nhân (lưu ý hẹp lệ quản do bơm thông lệ đạo nhiều lần).

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định tương đối: tắc ống lệ mũi ở người lớn.

- Chống chỉ định tuyệt đối:

+ Hẹp, tắc lệ đạo do u, quá sản.

+ Hẹp tắc lệ đạo mà có kèm bệnh lý mũi xoang.

+ Dị dạng lệ đạo, không có điểm lệ...

+ Bệnh toàn thân.

## **IV. CHUẨN BỊ**

## **1. Người thực hiện**

Cán bộ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

## **2. Phương tiện**

- Đèn trần, có thể kèm theo đèn trần Clar.
- Dụng cụ phẫu thuật: bộ thông nong lệ đạo, kim lệ đạo, bơm tiêm, kẹp phẫu tích kết mạc 1 răng, kéo thẳng, mở mũi, kẹp phẫu tích Kocher không răng cỡ nhỏ.
- Gạc đặt mũi có tẩm thuốc co mạch niêm mạc mũi.
- Ống silicon: loại có đầu dẫn (1 hoặc 2 đầu dẫn tùy theo chỉ định đặt qua 1 hay 2 lệ quản), ống đã được tiệt trùng.

## **3. Người bệnh**

- Được giải thích về phẫu thuật về tỷ lệ thành công và thất bại.
- Nếu là trẻ em hoặc người lớn phải gây mê thì phải nhịn ăn, nhịn uống.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁCH TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Hồ sơ bệnh án đã được hoàn chỉnh, đầy đủ thủ tục theo quy định, đã được duyệt phẫu thuật.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Vệ sinh cá nhân và mặc quần áo theo quy định.
- Đối chiếu tên, tuổi người bệnh, chỉ định điều trị với biển tên và hồ sơ bệnh án.

### **3. Vô cảm**

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: có thể chọn gây mê hoặc gây tê. Gây tê thần kinh trên và dưới hốc mắt bằng thuốc tê tại chỗ (Lidocain 2%, xylocain 2%...).

### **4. Tiến hành**

- Sát trùng.
- Gây tê hoặc mê.
- Đặt gạc có tẩm thuốc co mạch pha lẫn thuốc tê vào khoang mũi (đặc biệt vào vách mũi dưới) 5 - 10 phút trước khi đặt ống.
- Nong điếm lệ bằng que nong điếm lệ.
- Đặt que thông số to dần để nong lệ quản.
- Bơm nước lệ đạo để xác định vị trí hẹp.

- Tiếp tục đưa que thông lệ đạo (ít nhất que số 0) vào lệ quản trên hoặc dưới, quay que thông 90 độ, tiếp tục đưa que thông xuống túi lệ và ống lệ mũi rồi vào khoang mũi. Kiểm tra que thông chắc chắn đã xuống khoang mũi. Nếu que thông không xuống được khoang mũi hoặc kiểm tra không thấy que thông trong khoang mũi thì ngừng thủ thuật.
- Tiến hành đặt ống: rút gạc mũi, đặt ống silicon có đầu dẫn lần lượt đi vào đường lệ và rút đầu dẫn ra đường mũi qua vách mũi dưới.
- Cầm máu niêm mạc mũi nếu có chảy máu bằng cách đặt gạc mũi.
- Cố định ống: tùy theo loại ống mà cách cố định khác nhau.
- Tra mỡ kháng sinh vào mắt, băng mắt.

## **VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Hậu phẫu thường quy.
- Tra kháng sinh phổ rộng, kết hợp corticoid liều thấp trong 7 - 10 ngày.
- Uống thuốc giảm phù, có thể phối hợp kháng sinh toàn thân.
- Khám định kỳ hàng tháng.
- Rút ống trung bình sau 3 tháng.
- Trong thời gian chưa rút ống, có thể bơm lệ đạo kiểm tra.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Rách lệ quản khi quay que thông hoặc lúc quay đầu dẫn của ống silicon. Đề phòng cần phải làm chùng mi dưới vào phía trong lúc xoay que thông, nếu bị rách có thể khâu lại đường rách.
- Sai đường: sai đường khi nong điễm lệ và lệ quản, ở trẻ em sai đường còn xảy ra khi đưa que thông vào ống lệ mũi. Nếu xảy ra, ngừng ngay thủ thuật.
- Chảy máu niêm mạc mũi: thường chảy ít. Cần kiểm soát và đặt gạc cầm máu.
- U hạt viêm ở điễm lệ: dùng thêm chống viêm corticoid, hoặc rút ống sớm.
- Nhiễm trùng đường lệ: kháng sinh tra uống, rút ống sớm.
- Tuột ống silicon: cần cố định ống tốt.

## **PHẪU THUẬT NỘI THÔNG TÚI LỆ MŨI QUA ĐƯỜNG RẠCH DA**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội thông túi lệ mũi là phẫu thuật tạo đường thông trực tiếp từ túi lệ sang khoang mũi, nhằm tạo ra đường nối tắt để dẫn nước mắt từ mắt sang mũi.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Tắc ống lệ mũi mà điều trị bằng các biện pháp khác thất bại.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tác ồng lệ mũi có viêm túi lệ cấp hoặc áp xe vùng túi lệ đang tiến triển.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu: bộ dụng cụ phẫu thuật nối lệ mũi, chỉ tự tiêu, chỉ nylon 6 - 0, ống silicon.

#### **3. Người bệnh**

- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định chung của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

- Hồ sơ bệnh án đã làm đầy đủ (hoàn thành bệnh án, chỉ định điều trị, theo dõi chăm sóc).
- Hồ sơ bệnh án đã duyệt phẫu thuật.

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Gây tê tại điểm thần kinh trên hố điểm thần kinh dưới hốc mắt bằng thuốc tê (Lidocain 2%, xylocain 2%...).
- Gây tê niêm mạc mũi bằng cách đặt gạc có thấm thuốc tê niêm mạc và thuốc co mạch (adrenalin hoặc epinephrin).
- Gây mê nếu cần.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Rạch da: đường rạch cách góc trong 5 - 8mm, dài 10 - 15mm. Đường rạch đi hơi cong ra phía ngoài, theo hướng bờ cong của hốc mắt: 1/3 trên của đường rạch ở phía trên góc trong mắt, 2/3 dưới ở phía dưới góc trong mắt (vị trí dây chằng mi trong).
- Tách tổ chức dưới da, cơ quanh hốc mắt để bộc lộ dây chằng mi trong. Cắt dây chằng mi trong sát chỗ bám với mào lệ trước.

- Rạch màng xương dọc theo mào lệ trước. Tách màng xương, về phía sống mũi, tạo vạt màng xương.
- Tách túi lệ khỏi máng lệ.
- Cắt phần xương lệ bằng kim găm xương hoặc khoan, tạo cửa sổ xương sang mũi. Thì này cần lưu ý để tránh làm rách niêm mạc mũi. Đường kính cửa sổ xương từ 8 - 10mm.
- Mở túi lệ theo chiều dọc (trên - dưới) để tạo nên 2 vạt trước và sau.
- Rạch dọc niêm mạc mũi (ở diện cửa sổ xương), tạo nên 2 vạt trước sau.
- Khâu nối vạt sau của niêm mạc mũi với niêm mạc túi lệ bằng chỉ tự tiêu 5-0.
- Đặt ống silicon qua 2 lệ quản, miệng nối xuống khoang mũi (nếu lệ quản thông tốt thì có thể không cần dùng ống silicon).
- Đặt gạc mũi (có mỡ kháng sinh) để đảm bảo cầm máu miệng nối.
- Khâu nối vạt trước của túi lệ với vạt trước của niêm mạc mũi bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu phục hồi dây chằng mi trong, phần mềm. Khâu vết rạch da bằng chỉ 6-0.
- Băng.

## **VI. THEO DÕI**

- Hậu phẫu thường quy.
- Tra kháng sinh phổ rộng, kết hợp corticoid liều thấp trong 7 - 10 ngày.
- Uống thuốc giảm phù, có thể phối hợp kháng sinh toàn thân.
- Khám định kỳ hàng tháng.
- Rút ống trung bình sau 3 tháng.

Trong thời gian chưa rút ống, có thể bơm lệ đạo kiểm tra.

## **VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: do cắt vào mạch góc trong thì rạch da. Có thể cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Chảy máu từ niêm mạc mũi, xương xấp: cần cầm máu bằng đốt điện.

- Rách niêm mạc mũi: do phẫu thuật hoặc do niêm mạc quá mỏng sẽ không tạo được vạt để khâu nối với niêm mạc túi lệ. Trong trường hợp này, có thể ưu tiên để khâu vạt trước. Trường hợp không thể khâu được vạt trước, sẽ khâu vạt trước của túi lệ với vạt màng xương.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu sau từ miệng nối xuống mũi, miệng sau khi rút gạc ở mũi: cần đặt lại gạc để cầm máu. Những trường hợp chảy máu nhiều cần khám nội soi mũi, xác định vị trí chảy máu và cầm máu.

- Tác lệ đạo hoặc viêm túi lệ tái phát: có thể xảy ra từ 5 - 8% các trường hợp được phẫu thuật. Có thể phẫu thuật lại để tạo đường thông sang mũi.

## **PHẪU THUẬT MỔ MỘNG GHÉP KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt mộng có nhiều phương pháp nhằm loại bỏ được mộng, tái tạo lại giải phẫu bình thường của bề mặt nhãn cầu và khống chế tối đa sự tái phát. Hiện nay phương pháp cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân hoặc áp mitomycin C được áp dụng phổ biến.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có mộng thịt nguyên phát, tái phát từ độ II trở lên.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)**

Những người bệnh có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt như: viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm túi lệ..., hoặc bệnh toàn thân.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Máy hiển vi phẫu thuật, kính lúp.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mộng vi phẫu, dao gọt mộng.
- Kim chỉ 9-0, 10-0 (nilon hoặc chỉ tự tiêu).

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh.
- Làm các xét nghiệm: chức năng (thị lực, nhãn áp), công thức máu, nước tiểu, Xquang tim phổi, khám nội khoa có kết quả bình thường.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Tiến hành phẫu thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Tiêm tê cạnh nhãn cầu, thần kinh trên hố.

### **3.2. Thực hiện kỹ thuật**

- Đặt vành mi bọc lộ nhãn cầu.
  - Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mộng: cắt đến tổ chức kết mạc lành cạnh thân mộng.
  - Cắt ngang đầu mộng:
    - + Với mộng nguyên phát hoặc tái phát nhưng còn nhiều tổ chức kết mạc: cắt cách rìa 2 - 3mm.
    - + Với mộng dính nhiều: cắt sát đầu mộng nơi bám vào giác mạc để tiết kiệm tổ chức kết mạc thân mộng.
  - Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng: phẫu tích tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới (bọc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài để tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bọc lộ toàn bộ khối xơ mạch (tránh làm thủng, rách kết mạc), cắt bỏ toàn bộ tổ chức xơ mạch.
  - Kẹp, cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lậ, đốt cầm máu.
  - Đốt cầm máu củng mạc sát rìa: đủ cầm máu, không đốt cháy củng mạc để tránh gây hoại tử củng mạc.
  - Gọt giác mạc.
  - Gọt phần mộng bám vào giác mạc bằng dao tròn.
  - Gọt bằng diện củng mạc sát rìa: đi dọc theo rìa để lấy củng mạc làm mốc, tránh đi quá sâu gây thủng.
- Yêu cầu sau gọt: bề mặt diện gọt phải nhẵn, không gồ ghề tạo điều kiện cho quá trình biểu mô hóa giác mạc.
- Lấy kết mạc ghép từ rìa trên với diện tích tương đương với diện tích cần ghép mà không gây thiếu kết mạc cùng đồ trên.
  - Khâu mảnh ghép kết mạc bằng chỉ 9-0: 2 mũi ở đầu mảnh ghép sát rìa, 2 mũi đầu mảnh ghép xa rìa (4 mũi /4 góc); Khâu sao cho mảnh ghép áp sát mặt củng mạc, khâu dính vào củng mạc và nối tiếp với kết mạc thân mộng còn lại, phần kết mạc vùng rìa sẽ ghép ở phía vùng rìa, phần kết mạc phía củng đồ sẽ ghép nối với phần kết mạc của thân mộng. Đảm bảo chắc phần biểu mô kết mạc phẳng, không bị khâu cuộn vào bề mặt củng mạc.

## **VI. THEO DÕI**

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau ngày đầu.
- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc.
- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hóa hoàn toàn.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

## **1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu nhiều: cầm máu bằng tra adrenalin 0,1% hoặc đốt cầm máu.
- Thủng kết mạc: nếu vết thủng nhỏ thì không cần khâu, nếu vết thủng lớn thì khâu lại.
- Thủng củng mạc: khâu lại bằng chỉ 8-0.
- Thủng giác mạc: ngừng gọt giác mạc và khâu lại bằng chỉ 10-0.

## **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: uống hoặc tiêm transamin 250mg x 2 viên và băng ép, nếu vẫn chảy máu phải kiểm tra lại vết phẫu thuật để tìm vị trí chảy máu và xử trí.
- Biểu mô giác mạc chậm tái tạo: tra thêm thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc: CB2, vitamin A...
- Loét giác mạc: điều trị như viêm loét giác mạc.

# **PHẪU THUẬT CẮT U KẾT MẠC, GIÁC MẠC**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

U kết mạc, giác mạc không vỏ có thể gặp bất kỳ vị trí nào trên nhãn cầu. Hay gặp trên lâm sàng là các loại u dạng bì kết giác mạc, u nhú kết mạc, nốt ruồi kết mạc.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- U phát triển vào giác mạc gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực.
- U phát triển ở vùng kết mạc cùng đồ nên phẫu thuật khi trẻ đã lớn.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ dụng cụ phẫu thuật mộng, dao tròn, máy hiển vi phẫu thuật.
- Thuốc: thuốc gây tê, thuốc sát trùng, kháng sinh, chống viêm,...



### **3. Người bệnh**

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích của phẫu thuật
- Dẫn người bệnh và người nhà cho người bệnh nhịn ăn từ 12 giờ đêm hôm trước phẫu thuật (nếu gây mê).

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Mô tả chi tiết khối u trước khi phẫu thuật (vị trí, kích thước, hình thái,...) để tiện cho theo dõi lâu dài.
- Kiểm tra tình trạng toàn thân.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

- Hồ sơ đã làm đầy đủ (hoàn thành bệnh án, chỉ định điều trị, theo dõi chăm sóc).
- Hồ sơ đã duyệt phẫu thuật.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Thay quần áo.
- Tra, uống thuốc trước phẫu thuật (theo chỉ định).
- Yêu cầu người bệnh nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

- Gây mê nếu người bệnh còn nhỏ (15 tuổi trở xuống).
- Gây tê (khi người bệnh trên 15 tuổi): gây tê tại chỗ hoặc gây mê và mi bằng dung dịch lidocain 2% x 6ml, gây tê tại chỗ bằng tra mắt dung dịch dicain 1%.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.
- Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 1mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).
- Dùng dao tròn hoặc dao lạng mỏng gạt phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

- Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chậm 8-0 hoặc chỉ nilon 9-0.

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

### **1. Trong phẫu thuật**

Cần cầm máu và thám máu tốt vùng phẫu thuật. Cần thận khi phẫu tích khối u khỏi giác mạc và củng mạc tránh gây thủng.

### **2. Sau phẫu thuật**

Cần chú ý khâu vô trùng trong khi thay băng và tra thuốc để tránh biến chứng nhiễm trùng vết phẫu thuật gây viêm và áp xe giác mạc, củng mạc.

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Thủng giác mạc: khâu phục hồi giác mạc, kết hợp điều trị nội khoa tích cực.

### **2. Sau phẫu thuật**

Viêm, áp xe giác mạc, áp xe vết phẫu thuật: điều trị kháng sinh, kháng viêm tại chỗ và toàn thân.

Chú ý: cần làm xét nghiệm giải phẫu bệnh với khối u cắt bỏ.

## **PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG DA MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương mi gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương mi.

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

##### **2. Phương tiện**

- Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nilon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

##### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

###### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

###### **3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

Trường hợp đứt dây chằng mi trong phải khâu phục hồi trước tiên bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi không đi hết chiều dày mi: lần lượt khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0; khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử

dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Trường hợp vết thương mi đi vào tổ chức hốc mắt: Có thể cắt lọc tổ chức mỡ hốc mắt bản, bám dính dị vật. Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu, sau đó các bước xử lý tiếp theo tương tự như với vết thương mi đi hết chiều dày.

Trường hợp có tổn thương xương hốc mắt có thể lấy bỏ các mảnh xương nhỏ, sau đó khâu vết thương mi.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

## **VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

- Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bản, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

# **KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương mi gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương mi.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nilon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

#### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

##### **3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng

chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

## **VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bản, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỆ QUẢN ĐỨT DO CHẤN THƯƠNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tái tạo lệ quản đút là phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng của lệ quản và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Đút lệ quản do chấn thương.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương mi.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ trung phẫu, vi phẫu.
- Bộ thông lệ quản, thông đuôi lợn.
- Ống silicon lệ quản.

#### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Được làm vệ sinh sơ bộ vùng hàm mắt bị chấn thương kèm theo (nếu có) như: rửa nước muối, tra thuốc kháng sinh, băng che vùng tổn thương trước khi làm phẫu thuật,...
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

Trường hợp đứt lệ quản trên.

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê hoặc gây mê.

##### **3.2. Kỹ thuật**

Phương pháp đặt ống silicon hình nhẫn (Phương pháp Murube).

Kiểm tra vết thương, lấy sạch dị vật quanh mép vết thương bằng kẹp phẫu tích hoặc bằng dung dịch nước muối 0,9%. Cắt lọc tổ chức hoại tử hết sức tiết kiệm.

Dùng móc hai răng bộ lộ vết rách da mi góc trong, tìm 2 đầu lệ quản đứt.

Chuẩn bị ống silicon dài khoảng 5cm, trong lòng ống silicon có luồn 1 sợi chỉ 6-0 nylon, 1 đầu ống được làm vát nhọn.

Làm rộng 2 điểm lệ trên và dưới bằng que nong điểm lệ, luồn thông đuôi lợn từ điểm lệ trên qua lệ quản tới vị trí lệ quản đứt, luồn ống silicon qua lỗ đầu ống

thông đuôi lợn, rút thông đuôi lợn ra khỏi lệ quản trên, để lại ống silicon nằm trong lệ quản trên. Lúc này 1 đầu của ống silicon có luồn chỉ 6-0 sẽ đi ra ở vị trí vết thương lệ quản. Đầu ống này sẽ được tiếp tục sử dụng cho thì phẫu thuật luồn qua lệ quản dưới tiếp theo sau đây.

Tiếp tục luồn ống thông đuôi lợn qua lệ quản dưới tới đầu còn lại của lệ quản đứt, luồn đoạn chỉ 6-0 có gắn trong phần ống silicon đang nằm ở lệ quản trên qua thông đuôi lợn, rút thông ra khỏi lệ quản dưới, lúc này ống silicon sẽ đi qua nốt phần đứt của lệ quản dưới còn lại. Thất tạm thời nút chỉ 6-0 đang nằm trong ống silicon này lại. (Lúc này ống silicon đã nằm hoàn toàn trong 2 phần của lệ quản đứt).

Khâu nối tổ chức xung quanh 2 đầu đứt lệ quản bằng chỉ 7-0 hoặc 6-0 tại 3 vị trí: trên, trong, ngoài (Khâu nối tận - tận).

Khâu tổ chức da bằng chỉ 6-0, khâu kết mạc bằng chỉ 7-0 tiêu.

Khâu phục hồi bờ mi góc trong.

Rút ngắn ống silicon: bộc lộ điểm lệ dưới, tại vị trí khe mi góc trong có điểm nối ống silicon cùng nút thắt chỉ 6-0 nylon tạm thời đã được nêu trên, tháo nút buộc chỉ (trong khi vẫn duy trì chỉ trong lòng ống silicon), dùng đầu nhọn của kéo hoặc đầu kim tiêm rút ngắn bớt độ dài ống silicon cho vừa đủ với độ rộng khe mi. Thất chỉ nylon 6-0 để 2 đầu ống silicon tiếp xúc nhau vừa vặn, cắt chỉ và để lại nơ chỉ dài khoảng 1mm, sau đó dấu nơ chỉ vào trong lòng ống silicon để tránh kích thích cho người bệnh.

Tra thuốc và băng ép.

## **VI. THEO DÕI**

Mi góc trong khép, hở hay biến dạng.

Tương quan vị trí điểm lệ trên và dưới.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Cắt ống silicon sau 3 tháng.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: Kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g, 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

Rách điểm lệ do ống quá chặt: cần tiến hành nới rộng ống silicon

Luồn ống sai kỹ thuật, ống thông đi lạc đường tạo lệ quản giả: cần tiến hành mở vết phẫu thuật, tìm đường đi đúng của ống thông lệ quản và đặt lại ống đúng vị trí.



Trễ mi, hở điểm lệ do khâu không đúng lớp giải phẫu: cần mở lại vết phẫu thuật và phẫu thuật lại theo đúng vị trí.

## **KHÂU VẾT RÁCH KẾT MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương kết mạc là bước cấp cứu ban đầu quan trọng nhằm đóng kín vết thương, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Chấn thương rách kết mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp:

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Máy hiển vi phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật.

- Chỉ liền kim nilon 9-0 ,10-0

#### **3. Người bệnh**

- Khai thác bệnh sử và đánh giá tổn thương.

- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

### 3.1. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ
- Gây mê đối với trẻ em hoặc người không có khả năng phối hợp để phẫu thuật

### 3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi để bộc lộ vết rách kết mạc
- Làm sạch mép vết thương.
- Khâu mũi rời hoặc khâu vát.
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

## VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

## VII. XỬ TRÍ TẠI BIẾN

- Chảy máu: băng ép hoặc đốt cầm máu

## PHẪU THUẬT KHÂU VẾT RÁCH GIÁC MẠC CỨNG MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương giác củng mạc là bước cấp cứu ban đầu quan trọng nhằm đóng kín vết thương, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng. Xử trí tốt vết thương giác củng mạc tạo điều kiện thuận lợi cho các bước xử trí tiếp theo đồng thời có thể hạn chế được các biến chứng cho mắt chấn thương cũng như mắt lành.

### II. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương rách giác mạc, củng mạc hoặc giác củng mạc, hai mép vết thương không kín.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp:

- Mắt mất chức năng hoàn toàn, võ nhãn cầu trầm trọng, khâu bảo tồn rất khó khăn, nguy cơ nhiễm trùng, nhãn viêm giao cảm cao.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### IV. CHUẨN BỊ

## **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

## **2. Phương tiện**

- Máy hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật.
- Chỉ liên kim nylon 10-0 đối với vết thương giác mạc, nylon 9-0 và vicryl 7/0 đối với vết thương củng mạc.

## **3. Người bệnh**

- Khai thác bệnh sử và đánh giá tổn thương.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ
- Gây mê đối với trẻ em hoặc người không có khả năng phối hợp để phẫu thuật hoặc các trường hợp võ nhãn cầu nặng để tránh phôi kẹt thêm các tổ chức nội nhãn.

#### **3.2. Kỹ thuật**

##### **3.2.1. Nguyên tắc chung**

- Làm sạch mép vết thương.
- Xử trí các tổ chức phôi kẹt.
- Đặt lại tổ chức theo đúng bình diện giải phẫu.
- Khâu kín vết thương.

##### **3.2.2. Kỹ thuật khâu**

- Cố định 2 mi bằng đặt chỉ 2 bờ mi hoặc dùng vành mi tự động để bộc lộ nhãn cầu.
- Làm sạch mép vết thương: gắp bỏ sạch các chất xuất tiết, dị vật bản bám mép vết thương.
- Tách dính mống mắt: dùng spatul tách dính giữa mống mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.

- Vết thương củng mạc cần phẫu tích kết mạc, tenon che phủ vết thương:
- + Bóc tách kết mạc (cả tenon và tổ chức thượng củng mạc) từ trước ra sau, vừa bóc tách vừa bộc lộ vết thương.
- + Bóc tách kết mạc tới đâu, khâu vết thương tới đó để hạn chế phôi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.
- Xử trí các tổ chức phôi kẹt: cắt lọc hết sức hạn chế
- + Móng mắt
  - Người bệnh đến sớm, móng mắt sạch chưa bị hoại tử, có thể đẩy lại móng mắt vào trong tiền phòng.
  - Người bệnh đến muộn móng mắt đã bị hoại tử, cần cắt bỏ.
- + Thê mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thê mi hết sức tiết kiệm khi thê mi bị hoại tử, hóa mủ.
- + Thủy tinh thể đục võ: lấy phần thủy tinh thể kẹt dính vào mép rách giác mạc. Phần thủy tinh thể còn lại sẽ được xử trí thì 2.
- + Dịch kính: cắt bỏ phần dịch kính phôi kẹt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.
- + Vỡng mạc kẹt nên được bảo tồn tối đa và đẩy qua mép vết thương vào trong nội nhãn.
- Khâu giác mạc:
  - + Vết rách giác mạc vùng rìa khâu bằng chỉ nylon 9-10, vết rách giác mạc trung tâm khâu bằng chỉ nylon 10-0.
  - + Khâu mũi rời hoặc khâu vát.
  - + Các mũi khâu đi qua 3/4 chiều dày giác mạc, càng sâu càng tốt. Khoảng cách giữa 2 bờ mép rách đều nhau (trừ trường hợp vết rách đi chéo).
  - + Thứ tự của các mũi khâu:
    - Vết thương đi qua rìa, mũi khâu đầu tiên sẽ được đặt tại vị trí rìa củng giác mạc. Các mũi tiếp theo sẽ lần lượt theo thứ tự là giác mạc rời củng mạc.
    - Vết thương góc cạnh, mũi khâu đầu tiên phải được đặt tại vị trí gập góc. Các mũi tiếp theo sẽ đi theo thứ tự từ đỉnh góc ra ngoài.
    - Vết thương đi qua trung tâm, cố gắng không đặt các mũi chỉ đi qua trực thị giác.
  - + Khi mép vết thương phù ít, khâu cách 2 bên mép khoảng 1mm. Khi vết thương phù nhiều, các mũi khâu cách mép xa hơn.
  - + Tái tạo tiền phòng bằng hơi hoặc dung dịch ringer lactat. Sau khi được tái tạo, toàn bộ tiền phòng là bóng khí hoặc dung dịch ringer lactat, không bị kẹt dính giữa móng mắt, chất thủy tinh thể đục võ hoặc dịch kính với giác mạc rách.
- Khâu củng mạc.

+ Khâu củng mạc mũi rời bằng chỉ 7-0 vicryl, mũi khâu xuyên 80% chiều dày củng mạc.

+ Nếu vết thương nằm dưới cơ trực, có thể dùng móc lác hoặc 1 mũi chỉ cố định nâng nhẹ cơ trực lên để khâu (có thể phải cắt cơ trực trong 1 số trường hợp cần thiết và khâu lại sau khi đã khâu kín vết thương củng mạc).

+ Khi vết thương củng mạc đi ra sau xích đạo, khâu đóng củng mạc xa tới mức có thể. Nỗ lực khâu kín vết rách củng mạc mở quá sâu ra phía sau có thể làm tăng nguy cơ phôi tổ chức nội nhãn và xuất huyết tổng khứ.

- Chú ý không để kẹt, dính móng mắt, chất thủy tinh thể đục vỡ, dịch kính, hắc võng mạc vào mép phẫu thuật.

- Khâu phủ kết mạc bằng chỉ vicryl 7-0 hoặc 8-0.

- Kết thúc phẫu thuật tiêm kháng sinh dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu.

- Tra mỡ kháng sinh, mỡ atropin và băng mắt.

## **VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ HẬU PHẪU**

- Hậu phẫu cần theo dõi các dấu hiệu sau đây:

+ Mép vết thương: có phù nề không? Có kín không? Có kẹt hay dính các tổ chức nội nhãn vào mép khâu giác mạc không?

+ Tiền phòng: sâu, nông hay xẹp tiền phòng? Tiền phòng xẹp có thể do hở mép phẫu thuật hoặc do thủy tinh thể đục căng phòng hay lệch thủy tinh thể ra trước.

+ Các dấu hiệu của xuất huyết nội nhãn.

+ Các dấu hiệu của viêm màng bồ đào và nhiễm trùng.

+ Hiện tượng tăng sinh dịch kính võng mạc và bong võng mạc.

- Điều trị hậu phẫu (xem thêm ở phần hướng dẫn điều trị).

+ Kháng sinh chống nhiễm trùng: kháng sinh liều cao, phổ rộng. Tra mắt, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm dưới kết mạc, uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch. Nếu có viêm nội nhãn, có thể tiêm kháng sinh nội nhãn.

+ Chống viêm bằng các thuốc kháng viêm nhóm steroid và non - steroid. Đường dùng: tra mắt, tiêm dưới kết mạc, tiêm cạnh nhãn cầu, uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

+ Dẫn đồng tử chống dính.

+ Tăng cường dinh dưỡng giác mạc và nâng cao thể trạng.

+ Điều trị tiêu máu nếu có xuất huyết nội nhãn.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như móng mắt, thể mi, hắc mạc. Xử trí.

+ Bơm adrenalin đã pha loãng tỷ lệ 1/3 vào tiền phòng phối hợp với bơm bóng hơi to vào tiền phòng.

+ Nếu máu vẫn không cầm, đốt điện đông điểm chảy máu hoặc bơm chất nhầy vào tiền phòng để cầm máu.

- Không tái tạo được tiền phòng.

+ Do khâu dính mỏng mắt vào giác mạc, nếu có cần khâu lại.

+ Do thể thủy tinh đục vỡ trương lên, cần lấy thủy tinh thể mới tái tạo được tiền phòng.

- Xuất huyết tổng khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phôi kẹt nhiều tổ chức nội nhãn, cơ địa người bệnh tăng nhãn áp. Nếu người bệnh được phẫu thuật gây mê, nên cố gắng hạ thấp huyết áp người bệnh đến mức tối thiểu. Khâu kín vết thương giác củng mạc càng nhanh càng tốt (có thể không đúng bình diện hoặc có kẹt các tổ chức nội nhãn., các vấn đề này có thể được xử trí thì sau).

## **PHẪU THUẬT MỞ TIỀN PHÒNG LẤY MÁU CỤC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật mở tiền phòng lấy máu cục là phẫu thuật nhằm loại trừ máu trong tiền phòng khi có chỉ định.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Xuất huyết đầy tiền phòng điều trị nội khoa 3 - 5 ngày không tiêu, có dấu hiệu tăng nhãn áp và nguy cơ ngấm máu giác mạc.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Máu loãng tiền phòng hoặc máu tiền phòng đang có xu hướng tiêu tốt.

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Máy hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ vi phẫu, kim 2 nòng, dung dịch rửa tiền phòng, chỉ 8-0, 10-0...

#### **3. Người bệnh**

Theo quy định chung.

- Khai thác lý do khám: do chấn thương hay tự nhiên, diễn biến của bệnh trước khi đến khám, đã điều trị gì và kết quả.

- Khám và đánh giá đầy đủ các tổn thương phối hợp: mi, kết mạc, giác mạc, củng mạc.

- Chụp Xquang khi nghi ngờ có dị vật trong nhãn cầu, chụp không chuẩn bị và có chuẩn bị, siêu âm và điện võng mạc khi có thể được.
- Khám và ghi chép chấn thương phối hợp và toàn thân.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng bệnh, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

### **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Gây mê với trẻ em và người không có khả năng phối hợp.
- Gây tê đối với người lớn.

##### **3.2. Tiến hành phẫu thuật**

- Cố định mi bằng vành mi tự động hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Cố định cơ trực trên.
- Mở vào nhãn cầu:
  - + Tạo vạt kết mạc và đốt cầm máu củng mạc.
  - + Rạch giác củng mạc rìa. Độ rộng của đường mở vào nhãn cầu tùy thuộc vào độ lớn của khối máu cục, trung bình là 6mm.
  - + Dùng kim hai nòng rửa tiền phòng hoặc bơm chất nhầy để đẩy toàn bộ khối máu cục ra ngoài qua đường rạch giác củng mạc rìa.
  - + Khâu đóng đường rạch vào nhãn cầu bằng chỉ 10-0.
  - + Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hay bóng khí hoặc nhầy tùy từng trường hợp.
  - + Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.
  - + Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

### **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Chảy máu trong phẫu thuật**

Là biến chứng hay gặp

- Nguyên nhân:

+ Do hút lôi kéo vào móng mắt đặc biệt chân móng mắt.

+ Do cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.

- Xử trí:

+ Dừng hút.

+ Bơm tiền phòng dung dịch adrenalin 0,1% hòa loãng với dung dịch ringer lactat tỷ lệ 1/3 và /hoặc bơm bóng hơi to vào tiền phòng hoặc bơm nhầy vào tiền phòng.

+ Nếu máu vẫn không ngừng chảy, có thể ngừng phẫu thuật, khâu đóng mép phẫu thuật, chờ đợi cho đến khi cục máu đông được hình thành chắc chắn rồi rửa lại máu tiền phòng một hôm khác.

## **2. Chấn thương thể thủy tinh**

- Nguyên nhân: do đầu kim 2 nòng chạm vào thủy tinh thể làm rạn bao thủy tinh thể gây đục thể thủy tinh, đứt dây chằng Zinn gây lệch thể thủy tinh.

- Xử trí: không nên lấy thể thủy tinh ngay lập tức trong trường hợp này.

## **3. Thoát dịch kính**

- Nguyên nhân: dịch kính thoát ra tiền phòng do chấn thương hoặc do thao tác phẫu thuật.

- Xử trí:

+ Bơm hơi tiền phòng kết hợp với các thuốc co đồng tử nhằm đẩy dịch kính trở về buồng dịch kính.

+ Trường hợp không thể tái tạo được tiền phòng do khối dịch kính thoát ra tiền phòng lớn, cắt dịch kính bằng cách dùng bông cuộn ấn nhẹ vào mép phẫu thuật và cắt bằng kéo Vannas.

## **4. Nát móng mắt**

- Nguyên nhân: do đầu kim 2 nòng hút vào móng mắt.

- Xử trí: cần chú ý quan sát đầu kim 2 nòng khi rửa hút, cố gắng bảo tồn móng mắt tối đa.

## **5. Phản ứng viêm màng bồ đào**

- Nguyên nhân: có thể do chính bản thân chấn thương, do máu hoặc do phẫu thuật.

- Xử trí: điều trị như các trường hợp viêm màng bồ đào nói chung.

## **6. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật**

- Nguyên nhân:

+ Do xuất huyết tiền phòng tái phát.

+ Do hồng cầu hoặc các mảnh vụn của tế bào viêm gây bít tắc tại vùng bè hoặc do nghẽn bóng hơi.



+ Tăng nhãn áp do các biến đổi của góc tiền phòng sau chấn thương (thường xuất hiện muộn).

- Xử trí:

+ Điều trị nội khoa hạ nhãn áp (nhóm ức chế men chuyển hoặc chẹn dòng a, b giao cảm).

+ Trường hợp tăng nhãn áp không đáp ứng với điều trị nội khoa, có thể phải can thiệp bằng phẫu thuật cắt bè củng giác mạc.

## **7. Chảy máu tái phát sau rửa máu tiền phòng**

- Nguyên nhân:

+ Do rửa máu tiền phòng quá sớm khi cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.

+ Người bệnh có xuất huyết dịch kính kèm theo.

+ Người bệnh đang được dùng các thuốc chống đông máu.

- Khi chảy máu kéo dài cần tìm nguyên nhân và xử trí.

## **PHẪU THUẬT CẮT U MI CẢ BÈ DÀY KHÔNG GHÉP**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt u mi nhằm loại bỏ khối u mi và làm xét nghiệm mô bệnh học.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Khối u mi phát triển nhanh nghi ngờ ung thư hoặc được chẩn đoán lâm sàng là ung thư.

- Khối u mi lành tính ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khối u mi phát triển lan rộng và sâu vào hốc mắt.

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Một bộ dụng cụ cắt u tạo hình.

- Thanh đè nhựa, kim loại.

- Máy hút, dao điện.

#### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện.
- Chụp Xquang phổi nếu là ung thư mi.
- Chụp hồ mắt thẳng nghiêng phát hiện tổn thương xương hốc mắt nếu nghi ngờ.
- Kiểm tra hệ thống hạch trước tai, dưới hàm, toàn thân.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ gây tê kết mạc.
- Kết hợp giảm đau trong khi phẫu thuật.

##### **3.2. Kỹ thuật**

###### **3.2.1. U bờ mi (thường là nốt ruồi bờ mi)**

- Đặt thanh đê nhựa vào cùng đồ.
- Dùng dao cắt bỏ tổ chức u lấy tổ chức xét nghiệm mô bệnh học.
- Cầm máu nếu cần thiết.
- Khâu lại da hoặc nếu da mi thiếu có thể vá da trượt tại chỗ.

###### **3.2.2. U mi vị trí trên trong hoặc trên ngoài (thường là u bì)**

- Rạch da trực tiếp lên bề mặt khối u song song bờ mi. Chiều dài đường rạch tùy thuộc kích thước khối u.
- Bóc tách phẫu tích lấy toàn bộ khối u.
- Khâu vết phẫu thuật: lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu.
- Băng ép.
- Cắt chỉ da mi sau 7 ngày.

###### **3.2.3. Kỹ thuật cắt ung thư mi**

- Đặt thanh đê nhựa vào cùng đồ kết mạc.
- Dùng dao điện cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3 - 5mm.
- Cầm máu tại chỗ bằng dao điện.
- Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.

- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức ung thư được cắt bỏ.
- Phục hồi vết thương mi, tạo hình mi có thể làm 1 thì hoặc 2 thì.
- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

## **VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

### **2. Sau phẫu thuật**

Chảy máu vết phẫu thuật:

- Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.
- Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.

Nhiễm trùng vết phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.

## **MỎ QUẠM MI BẨM SINH**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật quặm mi bẩm sinh là phẫu thuật tạo hình giải quyết tình trạng lông mi cọ vào giác mạc

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Quặm mi bẩm sinh

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có nhiễm khuẩn nặng tại mắt như viêm kết mạc cấp, viêm mủ túi lệ, viêm loét giác mạc cấp, loét giác mạc thủng.
- Bờ mi có biến dạng như hở mi, hếch mi dẫn đến thất bại của phẫu thuật. Trong trường hợp này cần phẫu thuật quặm phối hợp với tạo hình mi.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ mổ quặm.

- Dụng cụ cầm máu.
- Thuốc tê, thuốc sát trùng, mỡ kháng sinh tra mắt.

### **3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trường hợp phẫu thuật mắt thông thường.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Vô cảm**

Gây mê

### **2. Kỹ thuật**

#### **2.1. Phương pháp Panas**

- Xác định vật da cần cắt bỏ
- Cắt vật da mi cần loại bỏ
- Đốt cầm máu bằng nhiệt hoặc dao lưỡng cực
- Cắt một phần cơ vòng cung mi dưới vị trí vật da cần cắt bỏ
- Đóng cơ vòng cung mi
- Khâu da mi
- Băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

- Thay băng hàng ngày.
- Tra và uống kháng sinh.
- Cắt chỉ sau 5 - 7 ngày.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong mổ**

- Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện 2 cực.

### **2. Sau mổ**

- Chảy máu vết mổ: băng ép và theo dõi. Nếu chảy nhiều đốt cầm máu tại phòng phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vết mổ: dùng kháng sinh và vệ sinh vết mổ.

## **PHẪU THUẬT QUẠM MI TUỔI GIÀ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật quặm mi tuổi già là phương pháp giải quyết tình trạng cuộn mi vào trong để tránh các biến chứng do lông mi cọ vào giác mạc trong một số bệnh lý ở người già.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Quặm mi do tuổi già.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật quặm.

#### **3. Người bệnh**

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh tổn thương quặm trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật mổ quặm mi dưới do tuổi già**

- Gây tê tại chỗ
- Rạch da mi cách bờ mi dưới 2mm. Đường rạch theo chiều dài mi.
- Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt có thể lấy phần mỡ thoát vị.
- Cắt da mi thừa.
- Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi.
- Khâu da mi.

## **V. THEO DÕI**

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

## **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện hai cực.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu vết mổ: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; Chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết mổ: dùng kháng sinh sau phẫu thuật và vệ sinh vết phẫu thuật.

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỞ MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị hở mi là phương pháp phục hồi cấu tạo giải phẫu mi nhằm giải quyết tình trạng hở mi.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các tình trạng hở mi gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương chưa được điều trị ổn định.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **VI. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh.
- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

- Uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.
- Gây tê tại chỗ bằng.

##### **3.2. Kỹ thuật**

Cách thức phẫu thuật điều trị hở mi tùy thuộc nguyên nhân gây hở mi. Trong bài này chúng tôi mô tả những phương pháp thường được áp dụng là: Phẫu thuật hở mi do sẹo, hở mi do liệt dây VII.

##### **3.2.1. Hở mi do sẹo gây lật mi**

- Đánh dấu vùng có sẹo mi và vùng dự định lấy da hay làm vạt da.
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da, cắt bỏ sẹo mi hay giải phóng các chỗ dính sao cho bờ mi trở lại vị trí giải phẫu bình thường của nó.
- Khâu cò mi tạm thời.
- Lấy dấu vùng bị khuyết da mi.
- Lấy da ghép (sau tai, trước tai, thượng đòn và mặt trong cánh tay) và ghép da.
- Dùng vạt da nếu vùng khuyết da mi nhỏ.

##### **3.2.2. Hở mi do liệt dây VII (nhánh mi trên)**

Có hai phương pháp hay được áp dụng:

##### **\* Khâu cò mi**

- Cắt bỏ phần bờ mi tự do đối xứng của mi trên và mi dưới dài 4-5mm, rộng 1mm, sâu khoảng 0,5-1mm (tránh xâm phạm vào hàng chân lông mi).
- Khâu trực tiếp hai mép cắt mi trên và mi dưới xuyên qua sụn bằng chỉ vicryl 6/0.

\* *Làm yếu cơ nâng mi* (cắt hay kéo dài cơ nâng mi ở bài phẫu thuật điều trị co rút cơ nâng mi).

## **VI. THEO DÕI**

Người bệnh được hẹn khám lại 1 ngày, 2 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Còn hở mi: theo dõi và khâu lại nếu cần.

# **PHẪU THUẬT SỬA LẬT MI**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Lật mi thường xảy ra do sẹo da mi trên, mi dưới hay do liệt dây VII gây ra viêm giác mạc kéo dài và loét giác mạc. Liệt dây VII nhánh chi phối mi dưới gây lật mi dưới nhiều.

Lật mi tuổi già do giảm trương lực dây chằng mi phối hợp mất trương lực cơ vòng mi.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Lật mi trên hay dưới do sẹo mi.
- Lật mi dưới do liệt dây VII.
- Lật mi dưới tuổi già.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương mới xuất hiện (sẹo mi chưa đủ 6 tháng ổn định, liệt dây VII chưa đủ 3 tháng theo dõi).
- Bệnh lý toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

## **VI. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

### **3. Người bệnh**

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Mô tả tổn thương bằng hình vẽ.



- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ.
- Gây mê nếu bệnh nhân kém hợp tác.

### **2. Kỹ thuật**

Cách thức phẫu thuật điều trị lật mi tùy thuộc nguyên nhân gây lật mi. Trong bài này chúng tôi mô tả những phương pháp thường được áp dụng là: phẫu thuật lật mi do sẹo, do liệt dây VII và lật mi tuổi già.

#### **2.1. Lật mi do sẹo gây lật mi**

- Đánh dấu vùng có sẹo mi và vùng dự định lấy da hay làm vạt da.
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da, cắt bỏ sẹo mi hay giải phóng các chỗ dính sao cho bờ mi trở lại vị trí giải phẫu bình thường của nó.
- Khâu cò mi tạm thời.
- Lấy dấu vùng bị khuyết da mi.
- Lấy da ghép (sau tai, trước tai, thượng đòn và mặt trong cánh tay) và ghép da.
- Dùng vạt da nếu vùng khuyết da mi nhỏ.

#### **2.2. Lật mi dưới do liệt nhánh dưới dây VII**

Có hai phương pháp hay được áp dụng: căng dây chằng mi trong ngoài và rút ngắn mi theo chiều ngang.

##### **2.2.1. Căng dây chằng mi ngoài hay còn gọi là phương pháp tạo vạt sụn mi dưới**

- Gây tê góc ngoài mi.
- Mở góc ngoài mi.
- Cắt nhánh dưới của dây chằng mi ngoài và cầm máu.
- Bộc lộ thành ngoài hốc mắt, bộc lộ màng xương.
- Tạo vạt sụn mi dưới và khâu dính vạt sụn vào màng xương bằng chỉ prolene 5/0.
- Khâu cơ, da theo từng bình diện.

##### **2.2.2. Rút ngắn mi dưới theo chiều ngang hay phương pháp Kuhnt Zymanowski**

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da mi dưới toàn bộ chiều dài, cách bờ mi 1mm.
- Cắt mi dưới cả bề dày theo hình ngũ giác.
- Khâu hai mép đường cắt mi.

- Khâu da mi.

### **2.3. Hở mi do lật mi dưới tuổi già**

- Gây tê dưới da mi dưới.

- Rạch da, cơ vòng mi và cân vách hốc mắt.

- Cầm máu, lấy bỏ mỡ thừa sau cân vách hốc mắt.

- Phẫu tích bó cơ vòng mi trước sụn, gấp làm ngắn bó cơ này hay khâu dính một đầu bó cơ vào màng xương.

- Kiểm tra.

- Nếu còn lật mi hay nhão mi có thể rút ngắn mi dưới hay căng dây chằng mi bổ sung.

- Cắt bỏ da mi thừa và khâu lại da mi bằng chỉ vicryl 6-0.

## **VI. THEO DÕI**

Bệnh nhân được hẹn khám lại 1 ngày, 2 tuần và 1 tháng sau mổ.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Xuất huyết trước cân vách hốc mắt: theo dõi, chườm lạnh.

- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần thiết.

- Còn lật mi hay hở mi: mảnh ghép quá nhỏ phải ghép lại hay căng lại mi dưới.

- Hở lộ mảnh kim loại: lấy mảnh kim loại, đặt lên trên sụn mi, dùng cân cơ thái dương che phủ phía trước tấm kim loại.

## **PHẪU THUẬT SỬA SA DA MI TRÊN VÀ DƯỚI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật sửa sa da mi trên và dưới là phương pháp cắt da mi thừa để cải thiện tình trạng chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Sa da mi trên và dưới ảnh hưởng đến chức năng hoặc thẩm mỹ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

### **VI. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

## **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chuyên khoa Mắt.
- Đốt điện hai cực.

## **3. Người bệnh**

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

- Mô tả bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Đánh dấu vị trí cắt da tại nếp mi sẵn có của người bệnh.
- Đo, đánh dấu lượng da mi thừa.
- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da.
- Rạch da mi toàn bộ chiều dài mi trên theo đánh dấu.
- Tách da mi và kéo mép da xuống dưới. Cắt bỏ da mi thừa. Chú ý không cắt nhiều da gây lật và hở mi.
- Có thể phối hợp cắt bớt mỡ thừa.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6.0.

## **VI. THEO DÕI**

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Vệ sinh mắt, dùng gạc lạnh đắp mắt chống phù nề, tra nước mắt nhân tạo.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu sau phẫu thuật: băng ép và theo dõi.
- Sẹo ở những người có cơ địa sẹo lồi: tránh phẫu thuật người có cơ địa sẹo lồi.
- Hai mắt không tương xứng (lượng da mi cắt không cân xứng hai bên): cần phẫu thuật lại.
- Cắt ít da hoặc quá nhiều da gây lật mi dưới hoặc hở mi trên: phẫu thuật bổ sung hay tạo hình hở lật mi.

- Nhiễm trùng sau phẫu thuật: kháng sinh và vệ sinh mắt sau phẫu thuật.

## **PHẪU THUẬT TẠO NẾP GẤP MI TRÊN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tạo nếp gấp mi trên nhằm tạo nếp mí cho mi trên, cải thiện tình trạng thẩm mỹ cho người bệnh.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Mắt không có nếp mí mi trên.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

#### **3. Người bệnh**

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh mi mắt trước khi phẫu thuật (nếu có thể).
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Thực hiện phẫu thuật**

- Đánh dấu vị trí nếp mí cần tạo, chú ý cân đối hai bên.
- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da.

- Rạch da mi trên theo đường đánh dấu.
- Bộc lộ cân cơ nâng mi ở sát bờ trên sụn mi.
- Dùng chỉ vicryl 6-0 khâu 2 mép da vào cân cơ nâng mi theo thứ tự: mép da trên, chỗ bám cơ nâng mi vào sụn, mép da dưới. Chú ý không để kẹt tổ chức mỡ hay cân vách hốc mắt vào mép khâu.

## **VI. THEO DÕI**

- Khám lại sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tụ máu mi sau phẫu thuật: chườm lạnh.
- Nếp mi hai mắt không cân xứng: phẫu thuật lại.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật: dùng thuốc kháng sinh và vệ sinh mắt sau phẫu thuật.

# **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BỌNG MỠ MI)**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị bọng mỡ mi mắt là phẫu thuật lấy bỏ một phần khối mỡ thoát vị qua cân hốc mắt cải thiện thẩm mỹ.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Bọng mỡ mi trên và dưới, có thể kèm theo thừa da mi trên và dưới.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tạo hình mi.
- Đốt điện hai cực.

### **3. Người bệnh**

- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).

- Tránh tiếp xúc với ánh nắng trong 1 tuần trước phẫu thuật và 2-3 tháng sau phẫu thuật.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ**

- Mô tả tổn thương bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Phẫu thuật qua đường rạch da** (với các trường hợp có kèm thừa da mi)

- Đánh giá lượng da mi thừa bằng cách dùng kẹp phẫu tích kẹp và quan sát bờ mi hay lông mày có bị biến đổi hay không?
- Vẽ đánh dấu lượng da mi thừa cần cắt.
- Gây tê: tại chỗ bằng tiêm dưới da mi lidocain 2%.
- Rạch da ngay dưới lông mi và dọc theo chiều dài mi mắt.
- Cắt da mi thừa.
- Tách qua các lớp giải phẫu để bộc lộ cân vách hốc mắt.
- Cắt qua cân vách hốc mắt bộc lộ bao mỡ.
- Cắt qua bao mỡ, ấn nhẹ lên nhãn cầu và cắt bỏ phần mỡ phòi ra. Chú ý chỉ cắt phần mỡ thừa trào qua vết mổ, không lôi kéo và cắt mỡ trong hốc mắt để phòng lõm mắt sau mổ.
- Đốt cầm máu.
- Đóng lại vết mổ theo các bình diện giải phẫu.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0.

##### **3.2. Phẫu thuật qua đường kết mạc không cắt bỏ mỡ thoát vị** (bọng mỡ mi dưới, không kèm theo thừa da mi)

- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da lidocain 2%.
- Vành mi dưới, bộc lộ kết mạc cùng đồ dưới.
- Cắt kết mạc cùng đồ.
- Phẫu tích bộc lộ cân vách hốc mắt, cắt cân vách hốc mắt bộc lộ túi mỡ thoát vị. Nếu mỡ trào qua vết mổ không nhiều mới áp dụng phương pháp này.
- Bộc lộ màng xương hốc mắt.

- Đặt 3 mũi chỉ vicryl 6.0 khâu màng xương hốc mắt dưới với cân vách hốc mắt, từ phía mũi về phía thái dương, mỡ thoát vị sẽ trở lại về vị trí ban đầu trong hốc mắt.

- Đặt lại mép kết mạc, không cần khâu.

### **3.3. *Phẫu thuật qua đường kết mạc có cắt bỏ mỡ thoát vị***

- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da lidocain 2%.

- Vành mi dưới, bộc lộ kết mạc cùng đồ dưới.

- Cắt kết mạc cùng đồ. Nếu mỡ trào nhiều qua mép vết mổ mới làm phương pháp này.

- Bộc lộ mỡ thoát vị, xác định 3 túi mỡ: trong, giữa và ngoài.

- Mở 3 túi mỡ theo thứ tự trong, giữa, ngoài. Cắt bỏ phần mỡ trào ra và đốt cầm máu.

- Đặt lại kết mạc, không cần khâu.

## **VI. THEO DÕI**

- Bệnh nhân được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau mổ.

- Chụp ảnh ngay sau mổ và sau 1 tuần, 1 tháng.

- Cắt chỉ sau 1 tuần.

- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Cắt nhầm tuyến lệ chính xảy ra ở người có tuổi có sa tuyến lệ không được phát hiện trước mổ. Màu sắc và cấu trúc tuyến lệ hoàn toàn khác với mỡ mi mắt nên biến chứng này khó xảy ra.

- Mất cảm giác tạm thời vùng da mi, mắt khô và kích thích: tra nước mắt nhân tạo.

- Sưng nề và tím vùng mi dưới, xuất huyết dưới kết mạc nhãn cầu: chườm lạnh.

- Lật và hở mi do cắt nhiều da: có thể phải tạo hình mi hay chỉ cần day nhẹ lên da mi hàng ngày.

- Nhiễm trùng: vô khuẩn tốt, kháng sinh.

- Chảy máu sau mổ: chú ý cầm máu tốt trong phẫu thuật, băng ép sau mổ, nếu nặng cần phải mở lại vết mổ để cầm máu.

- Không cân xứng hai mắt: chờ cho vết mổ ổn định, nếu mức độ nặng có thể cần phẫu thuật lại.

- Lộ sẹo do đường rạch da quá thấp, cắt chỉ muộn, không chăm sóc tốt sau phẫu thuật, cơ địa sẹo lồi: tạo hình mi.

## **KHÂU CÒ MI, THÁO CÒ**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị hở mi là phương pháp phục hồi cấu tạo giải phẫu mi nhằm giải quyết tình trạng hở mi.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Các tình trạng hở mi gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương chưa được điều trị ổn định.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **VI. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

### **3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh.
- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

- Uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.
- Gây tê tại chỗ bằng.



\* Khâu cò mi

- Cắt bỏ phần bờ mi tự do đối xứng của mi trên và mi dưới dài 4-5mm, rộng 1mm, sâu khoảng 0,5-1mm (tránh xâm phạm vào hàng chân lông mi).
- Khâu trực tiếp hai mép cắt mi trên và mi dưới xuyên qua sụn bằng chỉ vicryl 6/0.

## **VI. THEO DÕI**

Người bệnh được hẹn khám lại 1 ngày, 2 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Còn hở mi: theo dõi và khâu lại nếu cần

## **PHẪU THUẬT MỨC NỘI NHÃN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật mức nội nhãn là phẫu thuật cắt bỏ giác mạc và tổ chức nội nhãn.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Mất mất chức năng không còn khả năng điều trị bảo tồn, đau nhức, kích thích.
- Cần lắp mắt giả.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U nội nhãn
- Nhãn cầu teo quá nhỏ
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ mức nội nhãn.

#### **3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị như các trường hợp phẫu thuật mắt khác.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

## **2. Kiểm tra người bệnh**

## **3. Thực hiện kỹ thuật**

### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ có thể kết hợp với tiền mê. Trẻ em: gây mê.

### **3.2. Kỹ thuật**

- Bóc tách kết mạc quanh rìa ra sau.
- Dùng dao và kéo cắt củng mạc phía sau rìa 3mm.
- Cặp cố định mép củng mạc.
- Dùng thìa múc tổ chức nội nhãn, nạo sạch hắc mạc khỏi củng mạc.
- Đốt cầm máu củng mạc và đầu thị thần kinh.
- Khâu củng mạc.
- Khâu kết mạc.
- Tra thuốc sát trùng và thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng ép.
- Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

## **VI. THEO DÕI**

Sau phẫu thuật: thay băng hàng ngày. Đặt khuôn và lấp mắt giả sớm.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu nhiều: cầm máu bằng đốt, ép chặt.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: băng ép.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

## **PHẪU THUẬT CẮT BỎ NHÃN CẦU**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tổ chức nhãn cầu và một phần thị thần kinh.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư võng mạc giai đoạn I, II.
- Mất mắt chức năng không điều trị được bằng các phương pháp khác.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư võng mạc giai đoạn III, IV.

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

##### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt bỏ nhãn cầu.

##### **3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị như các trường hợp phẫu thuật mắt khác.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

###### **3.1. Vô cảm**

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ hậu nhãn cầu và có thể kết hợp với tiền mê.

###### **3.2. Kỹ thuật**

- Cắt kết mạc quanh rìa.
- Dùng móc lác lần lượt lấy và cắt buồng cơ trực trên, dưới, trong sát chỗ bám vào củng mạc.
- Kẹp giữ cơ trực ngoài ở sát chỗ bám bằng panh và cắt cơ khỏi nhãn cầu.
- Dùng kéo đầu tù bóc tách tổ chức xung quanh nhãn cầu và luồn ra sau cắt bỏ nhãn cầu với một đoạn thị thần kinh.

Chú ý: Nếu nghi ngờ ung thư: cắt thị thần kinh dài hơn 10mm.

- Cầm máu.
- Khâu kết mạc.
- Tra thuốc sát trùng và mỡ kháng sinh.
- Nhét gạc vô trùng rồi băng ép hốc mắt.
- Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

#### **VI. THEO DÕI**

Sau phẫu thuật:

Thay băng hàng ngày. Đặt khuôn và lấp mắt giả sớm.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: ép bằng gạc.
- Cắt sót củng mạc: tìm và cắt hết.
- Cắt thị thần kinh chưa đủ dài: cần cắt tiếp.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: băng ép.
- Nhiễm khuẩn tổ chức hốc mắt: điều trị kháng sinh mạnh.

## **PHẪU THUẬT LÁC THÔNG THƯỜNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị lác nhằm điều chỉnh sự lệch trục nhãn cầu bằng cách can thiệp lên các cơ vận nhãn.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Lác cơ năng.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Lác điều tiết hoàn toàn.
- Lác liệt hoàn toàn.
- Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật lác.

#### **3. Người bệnh**

Giải thích tiên lượng bệnh cho gia đình người bệnh. Người bệnh cần được theo dõi chặt chẽ sau phẫu thuật để dự phòng lác tái phát.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Ghi rõ hình thái lác, độ lác, tính chất lác, chức năng thị giác, các hội chứng kèm theo (nếu có), tình trạng toàn thân.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

## **2. Kiểm tra người bệnh**

## **3. Tiến hành phẫu thuật**

### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ gây mê đối với trẻ em dưới 15 tuổi.

### **3.2. Kỹ thuật**

Gồm 3 thì chính.

\* Thì 1: cắt mở kết mạc và bao tenon. Có thể mở theo đường sát rìa hoặc đi đường cùng đồ.

\* Thì 2: phẫu tích và bộc lộ cơ, dùng kéo cong tù đầu bóc tách cơ và bao tenon sâu ra sau từ 10 - 12mm, sau đó cắt màng liên cơ từ 10 - 15mm. Chú ý không làm rách bao cơ.

\* Thì 3: thao tác lùì cơ và rút ngắn cơ.

- Lùì cơ: dùng móc lác lấy cơ, dùng kim liên chỉ Ethicon 6-0 khâu dính 2 mép cơ cách chỗ bám cơ 2mm, cắt cơ khỏi chỗ bám cũ khoảng 1mm. Xác định số mm cần lùì từ chỗ bám cơ cũ bằng compa. Khâu dính đầu cơ vào 2/3 chiều dày củng mạc ở khoảng cách đã định. Khi khâu dính đầu cơ vào củng mạc phải căng thẳng đầu cơ để đảm bảo chiều rộng của cơ. Khâu kết mạc bằng chỉ ethicon 7-0.

- Rút ngắn cơ: dùng móc lác lấy cơ, dùng cặp cơ cặp chặt phần thân cơ ở đoạn định cắt bỏ, cắt rời thân cơ khỏi chỗ bám cũ. Khâu rút ngắn cơ về phía trước theo số mm đã định lượng vào chỗ bám cơ cũ bằng 2 mũi chỉ kiểu chữ U. Cắt bỏ đầu cơ thừa.

Khâu kết mạc.

Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**

### **1. Trong phẫu thuật**

Theo dõi biến cố do gây mê và tại mắt như rách kết mạc, tuột cơ, thủng củng mạc.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Thay băng hàng ngày.

- Toàn thân uống kháng sinh và giảm phù.

- Tra kháng sinh, chống viêm tại chỗ.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật phẫu thuật lác để phát hiện chính non hay quá chỉnh để có phương pháp xử lý phù hợp, phát hiện biến chứng tại mắt như viêm chân chỉ, xuất huyết dưới kết mạc, tuột cơ.

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

Viêm chân chỉ cần bổ sung thêm thuốc kháng viêm tại chỗ và toàn thân.

Đối với trường hợp tuột cơ cần phải xử trí tìm lại cơ bị tuột hoặc bổ sung bằng phương pháp di thực cơ có tác dụng hỗ trợ (phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể).

## **TÁCH DÍNH MI CẦU BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG ỎI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Ghép màng ỏi điều trị dính mi cầu là phẫu thuật dùng màng ỏi che phủ phần bề mặt nhãn cầu hoặc mặt trong mi bị khuyết thiếu kết mạc sau khi tách dính mi cầu.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Dính mi cầu nặng ảnh hưởng tới vận nhãn và thị lực do.
- Di chứng của bỏng, mắt hột.
- Hội chứng Stevens - Johnson, Pemphigoid.
- Dính mi cầu tái phát sau các phẫu thuật bề mặt nhãn cầu.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có nhiễm khuẩn nặng ở mắt như: viêm kết giác mạc nhiễm trùng cấp tính, hoại tử, cần điều trị chống nhiễm trùng.
- Biến dạng hoặc khuyết thiếu bờ mi nặng gây hở mi sẽ dẫn đến thất bại của phẫu thuật, trường hợp này nên tạo hình mi mắt trước khi tách dính mi cầu.
- Bệnh lý toàn thân.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo loại phẫu thuật này

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

Một bộ dụng cụ vi phẫu, vành mi tự động, kìm cặp kim to, kim chỉ cố định cơ trực, kẹp phẫu tích kết mạc, kẹp cầm máu, máy đốt điện lưỡng cực, chỉ liên kim 8-0, 9-0, 10-0, gelaspon thấm máu, khuôn nhựa hoặc kính tiếp xúc nếu cần.

##### **2.2. Thuốc**

Tê tại chỗ (thuốc tra bề mặt hoặc tiêm cạnh nhãn cầu), dung dịch rửa mắt (muối sinh lý hoặc ringer lactat), dung dịch kháng sinh rửa màng ỏi trước khi ghép,

thuốc chống chuyển hóa nếu có chỉ định. Màng ối: màng ối tươi được xử lý vô trùng và bảo quản theo quy trình.

### **3. Người bệnh**

Uống và tra thuốc trước phẫu thuật theo chỉ định, mặc quần áo phẫu thuật, làm vệ sinh vùng mắt và mi.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Theo quy định.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Kiểm tra tình trạng mắt trước phẫu thuật.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Với trẻ nhỏ thì gây mê, với người lớn gây tê tại chỗ bằng thuốc tra tê bề mặt nhãn cầu và tiêm tê cạnh nhãn cầu (Lidocain 2% hoặc xylocain 2%). Những trường hợp nặng tiền lượng phẫu thuật kéo dài hoặc kém hợp tác thì có thể tiền mê hoặc gây mê.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Bước 1: tách dính mi cầu: bộc lộ các cơ trực tại vùng có xơ dính nếu cần, phẫu tích và cắt bỏ tổ chức xơ dính dưới kết mạc, đốt cầm máu. Áp thuốc chống chuyển hóa khi có chỉ định vào vùng xơ dính trong 3 phút, rửa sạch bằng ringer lactat.

- Bước 2: ghép màng ối: màng ối tươi được bỏ từ ngăn đông lạnh ra ngoài trước khi phẫu thuật 30 phút. Trước khi phẫu thuật rửa lại màng ối bằng dung dịch muối sinh lý pha kháng sinh. Cắt mảnh màng ối đủ diện tích cần ghép và đặt vào vùng bề mặt nhãn cầu định ghép. Khâu cố định mảnh ghép vào củng mạc bằng chỉ mũi rời 8-0 hoặc 9-0 hoặc 10-0.

- Bước 3: kết thúc phẫu thuật: kiểm tra độ bám của màng ối, độ rộng của các góc cùng đồ, đặt khuôn nhựa chống dính hoặc kính tiếp xúc nếu cần. Tra kháng sinh, băng ép.

## **VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI**

- Thuốc sau phẫu thuật gồm thuốc tra kháng sinh, dinh dưỡng giác mạc, chống viêm có corticoid.

- Theo dõi độ bám của màng ối, độ rộng của các góc cùng đồ, quá trình biểu mô hóa bề mặt nhãn cầu.

- Cắt chỉ khi bề mặt nhãn cầu đã biểu mô hóa tốt.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu nếu chạm phải cơ trực: ấn đè vùng chảy máu, nếu không dừng thì cặp và đốt cầm máu.

- Thủng củng mạc hoặc giác mạc khi phẫu tích sâu: khâu phục hồi bằng chỉ 9-0 hoặc 10-0, có thể dùng màng ối nhiều lớp hoặc ghép giác mạc, củng mạc nếu có nguyên liệu ghép.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Phù nề mi, kết mạc và mảnh ghép: dùng dung dịch ưu trương và thuốc chống phù nề.

- Tụ máu, xuất huyết dưới mảnh ghép: uống thuốc tiêu máu, chống chảy máu như tam thất, vitamin C, transamin, adrenoxylin, ... Nếu khối máu tụ tồn tại quá 5 ngày sau phẫu thuật thì có thể chích tháo máu tụ.

- Tuột chỉ, bong mảnh ghép.

+ Nếu bong 1 phần: đặt kính tiếp xúc và theo dõi.

+ Nếu bong rộng: khâu cố định lại mảnh ghép.

## **THỦ THUẬT TIÊM NỘI NHÃN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tiêm nội nhãn gồm tiêm thuốc vào tiền phòng và tiêm thuốc vào buồng dịch kính là phương pháp điều trị một số bệnh nhãn khoa.

- Tiêm nội nhãn giúp đạt nồng độ thuốc tối đa trong nhãn cầu và hạn chế các tác dụng toàn thân của thuốc.

- Các nhóm thuốc thường được dùng tiêm nội nhãn hiện nay là:

+ Nhóm kháng sinh: vancomycin, ceftazidim, amikacin, amphotericin B ...

+ Nhóm chống viêm: dexamethason, triamcinolon...

+ Thuốc chống tăng sinh tân mạch: bevacizumab, pegaptanib, ranibizumab ...

### **II. CHỈ ĐỊNH**



Điều trị một số bệnh lý nhãn khoa như: viêm bán phần trước, viêm nội nhãn, viêm hắc võng mạc do virus, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, phù hoàng điểm và một số bệnh lý mạch máu võng mạc.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không tiêm nội nhãn khi đang có nhiễm trùng cấp tính tại mắt (trừ tiêm kháng sinh để điều trị viêm nội nhãn).
- Tiền sử dị ứng với các thuốc được tiêm.
- Phụ thuộc vào loại thuốc tiêm nội nhãn, có các chống chỉ định riêng:
  - + Chống viêm: glôcôm nhãn áp chưa điều chỉnh.
  - + Thuốc chống tăng sinh tân mạch: tiền sử bệnh tim mạch.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

#### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Tiến hành**

##### **3.1. Kỹ thuật tiêm thuốc tiền phòng**

Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.

- Sử dụng kim 26 - 27G, xuyên qua giác mạc trong sát rìa củng giác mạc, cách rìa 0,5 đến 1mm, hướng mũi kim song song với bình diện mỏng mắt để tránh chạm vào mỏng mắt và thể thủy tinh, bơm thuốc vào tiền phòng.
- Sau khi rút kim ra, có thể dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

### **3.2. Kỹ thuật tiêm thuốc vào buồng dịch kính**

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.
- Sử dụng kim 26 - 27G (đối với triamcinolon và macugen) hoặc 30G (đối với các kháng sinh, dexamethason hoặc avastin).
- Tiêm xuyên qua vùng pars plana, cách rìa giác mạc 3, 5mm với mắt còn thể thủy tinh hoặc 3mm với mắt đã lấy thể thủy tinh (hoặc đã đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Hướng mũi kim về phía cực sau của nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh (trong các trường hợp còn thể thủy tinh), xuyên kim khoảng 5 - 7mm (khoảng 1/2 chiều dài kim), kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính (qua sinh hiển vi nếu có), bơm thuốc vào nội nhãn.
- Sau khi rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

Chú ý: khi sử dụng 2 nhóm kháng sinh vancomycin và ceftazidim cần dùng 2 bơm tiêm riêng biệt, tiêm ở 2 vị trí khác nhau.

## **VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Theo dõi sau tiêm thuốc tiền phòng**

- Kiểm tra thị lực và khám trên sinh hiển vi kiểm tra tình trạng tiền phòng, mỏng mắt, thể thủy tinh.
- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.
- Dẫn người bệnh khám lại.

### **2. Theo dõi sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính**

- Kiểm tra thị lực và soi đáy mắt người bệnh để loại trừ tăng nhãn áp nghiêm trọng hoặc thậm chí tắc động mạch trung tâm võng mạc, hoặc xuất huyết dịch kính.
- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.
- Dẫn người bệnh khám lại nếu đau nhức mắt hoặc nhìn mờ.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **1. Biến chứng sau tiêm thuốc tiền phòng**

- Xuất huyết tiền phòng.
- Tăng nhãn áp.
- Đục thể thủy tinh.

### **2. Biến chứng sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính**

- Viêm nội nhãn.
- Xuất huyết dịch kính.
- Tác động mạch trung tâm võng mạc.
- Tăng nhãn áp.
- Bong võng mạc.

## **VIII. CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG VÀ CÁCH PHA CHẾ**

### **1. Các thuốc thường dùng tiêm tiền phòng**

Amphotericin B: 0,005mg/0,1ml.

- Pha lọ bột 50mg amphotericin với 10ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên pha với 9,9ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.

### **2. Các thuốc thường dùng tiêm dịch kính**

1. Vancomycin: 1mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Pha lọ vancomycin chứa 500mg với 5ml nước cất và lắc đều.
- Hút ra 0,1ml dung dịch trên vào bơm tiêm 1ml và pha thêm 0,9ml nước cất
- Bơm đi 0,9ml, giữ lại 0,1ml để tiêm.

2. Ceftazidim 2,5mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Pha lọ ceftazidim 1g với 4ml nước cất và lắc đều.
- Hút ra 0,1ml dung dịch trên vào bơm tiêm 1ml và pha thêm 0,9ml nước cất để thành 1ml.
- Bơm đi 0,9ml và giữ lại 0,1ml để tiêm.

3. Amikacin: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 2ml amikacin có 500mg.
  - Lấy 1ml trong lọ pha thêm 5,25ml nước cất.
  - Lấy 0,1ml dung dịch pha với 0,9ml nước cất.
  - Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm .
4. Gentamycin: 0,2mg/0,1ml dịch tiêm.
- Lọ 2ml gentamycin có 80mg.
  - Lấy 0,5ml pha với 9,5ml nước cất.
  - Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.
  - Ngày càng ít dùng vì độc tính cao.
5. Dexamethason: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.
- Lọ 1ml dexamethason có 4mg.
  - Lấy 0,1ml để tiêm.
6. Amphotericin B: 0,005mg/0,1ml.
- Pha lọ bột 50mg amphotericin với 10ml nước cất.
  - Lấy 0,1ml dung dịch trên pha với 9,9ml nước cất.
  - Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.
7. Triamcinolon 4mg/0,1ml.
- Lọ 1ml chứa 40mg.
  - Lấy 0,1ml để tiêm.
8. Acyclovir: 2mg/0,05ml, ganciclovir: 1,7mg/0,05ml.
- 9 . Bevacizumab (Avastin): 1,5 - 2,5mg/0,1ml.
- Lọ 4ml avastin chứa 100mg.
  - Lấy 0,1ml để tiêm (chứa 2,5mg).
10. Pegaptanib (Macugen) và ranibizumab (Lucentis) được bào chế sẵn dưới dạng tiêm nội nhãn.

## **PHẪU THUẬT LẤY DỊCH VẬT HÓC MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật để lấy dị vật hốc mắt là phẫu thuật nhằm loại trừ dị vật hốc mắt, tránh những biến chứng do dị vật nằm trong hốc mắt gây ra.

Có nhiều đường phẫu thuật để lấy dị vật hốc mắt như lấy qua mi, qua kết mạc, hoặc qua thành xương hốc mắt.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Những dị vật nông.
- Những dị vật gây viêm nhiễm như viêm tổ chức hốc mắt, áp xe, rò mủ.
- Những dị vật di chuyển có nguy cơ gây tổn thương nhãn cầu, thị thần kinh hoặc các tổ chức lân cận như xoang, mạch máu.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không chịu được phẫu thuật.
- Những người bệnh không chấp nhận phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hốc mắt.
- Đèn phẫu thuật, tốt nhất là sử dụng đèn đeo trán, dao điện, lúp phẫu thuật.
- Thuốc gây tê.

### **3. Người bệnh**

- Được giải thích cẩn thận trước phẫu thuật.
- Chụp phim Xquang, tốt nhất là chụp CT để khu trú vị trí của dị vật hốc mắt.
- Thuốc an thần trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

### **3.1. Vô cảm**

Gây tê hoặc gây mê toàn thân phối hợp với gây tê tại chỗ để giảm đau và giảm chảy máu.

### **3.2. Tiến hành phẫu thuật**

- Rạch da ở vị trí gần khối u nhất, hoặc rạch da theo các đường nếp tự nhiên để tránh sẹo.
- Có thể đi qua kết mạc nếu dị vật ở phía trước hoặc cục lệ nếu dị vật nằm gần thành trong.
- Phẫu tích vào sâu và bộc lộ để tìm dị vật hóc mắt, chú ý khi bộc lộ không làm cho dị vật vào sâu thêm.
- Dùng forcep gấp dị vật ra.
- Đóng lại vết thương bằng chỉ vicryl 5-0 hoặc 6-0 đối với lớp sâu.
- Khâu lại da bằng chỉ 6-0 prolon hoặc nilon.
- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt, nếu có điều kiện sử dụng băng đá lạnh.

## **VI. THEO DÕI**

### **1. Tại mắt**

Theo dõi thị lực, nhãn áp, phản xạ đồng tử, đáy mắt.

Song thị.

Tình trạng sung nề của mi, hốc mắt.

Tình trạng nhiễm trùng, viêm của tổ chức hốc mắt.

### **2. Toàn thân**

Toàn trạng chung: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

- Tổn thương cơ vận nhãn: nên luôn một sợi chỉ kéo để tránh tổn thương cơ vận nhãn. Xử lý biến chứng bằng phẫu thuật lác thì hai.
- Xuất huyết và tụ máu hốc mắt: đặt dẫn lưu.
- Tổn thương thị thần kinh: nguy cơ xảy ra đối với những dị vật nằm sâu gần đỉnh hốc mắt, chèn ép thị thần kinh do xuất huyết trong và sau phẫu thuật. Xử trí theo nguyên nhân như bộc lộ tốt tránh tổn thương thị thần kinh, đặt dẫn lưu nếu chảy máu.

# **PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT TRONG TIỀN PHÒNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật trong tiền phòng là phẫu thuật nhằm loại trừ dị vật ra khỏi tiền phòng.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Có dị vật nằm trong tiền phòng

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ có chống chỉ định tương đối khi:

- Người bệnh già yếu, tình trạng toàn thân không cho phép tiến hành phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2 . Phương tiện**

- Hiện vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật có kẹp phẫu tích gấp dị vật nội nhãn.
- Nam châm ngoài nhãn cầu.

### **3. Người bệnh**

- Hỏi và khai thác tiền sử bệnh.
- Khám và đánh giá đầy đủ vị trí dị vật và các tổn thương phối hợp.
- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định bệnh:
  - + Xquang hốc mắt thẳng nghiêng nhằm xác định có dị vật cản quang.
  - + Có thể chụp CT. Scanner để khu trú chính xác dị vật trong nhãn cầu.
  - + Siêu âm mắt cũng có thể xác định sự tồn tại và vị trí chính xác của dị vật cả cản quang và không cản quang trong nội nhãn.
- Soi góc tiền phòng khi nghi ngờ dị vật nằm trong góc tiền phòng.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng bệnh, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

## **1. Kiểm tra hồ sơ**

## **2. Kiểm tra người bệnh**

## **3. Thực hiện kỹ thuật**

### **3.1. Vô cảm**

- Gây mê với trẻ em và người không có khả năng phối hợp.
- Gây tê tại chỗ.

### **3.2. Các bước phẫu thuật**

- Cố định mi và cơ trực trên hoặc dưới tùy vị trí của dị vật.
- Dị vật nằm trong góc tiền phòng: rạch giác mạc rìa tương ứng với vị trí của dị vật, dùng kẹp phẫu tích gấp dị vật ra ngoài hoặc đặt nam châm vào ngay vị trí rạch giác mạc.
- Dị vật nhỏ nằm trong tiền phòng.
- + Trước hết khâu đóng vết thương giác mạc.
- + Sau đó chọc tiền phòng sát rìa, bơm chất nhầy vào tiền phòng để bảo vệ nội mô giác mạc, bao trước thủy tinh thể và duy trì tiền phòng.
- + Dùng spatule que tăm di chuyển dị vật nhỏ về phía vị trí chọc tiền phòng rồi gấp ra ngoài.
- Khi vết thương to, dị vật nằm ngay vị trí vết thương, có thể dùng nam châm đặt vào mép rách và hút dị vật. Nếu không lấy được thì dùng kẹp gấp dị vật qua vết thương giác mạc rồi khâu đóng vết thương giác mạc và xử trí các tổ chức phôi kẹt theo nguyên tắc chung.
- Kết thúc phẫu thuật, rửa lại tiền phòng nếu có bơm chất nhầy, bơm phù mép phẫu thuật nếu đường mở vào tiền phòng nhỏ hoặc khâu mép phẫu thuật bằng các mũi chỉ 10-0 rồi nếu đường mở vào tiền phòng lớn.

#### *Chú ý:*

- + Khi dị vật dính chặt vào mống mắt khó lấy có thể cắt một phần mống mắt có dị vật.
- + Tránh dị vật rơi ra phía sau bằng tra các thuốc co đồng tử.

### **3.3. Kết thúc phẫu thuật**

- Tiêm kháng sinh dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu.
- Tra mỡ kháng sinh, mỡ atropin, băng mắt.

## **VI. THEO DÕI**



Chăm sóc hậu phẫu bao gồm: kháng sinh và chống viêm mạnh tại chỗ và toàn thân, dẫn đồng tử.

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

- Chảy máu: Khi máu chảy nhiều không thể tiếp tục phẫu thuật được có thể đóng mép phẫu thuật, điều trị nội khoa cho máu tiêu sẽ tiến hành phẫu thuật lại.

## **PHẪU THUẬT THÁO MÁU - MỦ HỐC MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tháo máu, mủ hốc mắt nhằm loại bỏ máu mủ ra khỏi hốc mắt đặc biệt trong những trường hợp khối máu mủ này ở vị trí trong chớp cơ, chèn ép hệ mạch và thị thần kinh gây giảm thị lực, liệt đồng tử, tăng nhãn áp...

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Khối máu mủ có biểu hiện chèn ép thị thần kinh, hệ mạch trung tâm võng mạc, chèn ép nhãn cầu, gây tăng nhãn áp.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng: hôn mê, rối loạn đông máu...

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

#### **2. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích trước phẫu thuật.

#### **3. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật: hốc mắt
- ống thông dẫn lưu: dây truyền, lame cao su.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây mê hoặc gây tê phối hợp với tiền mê, tốt nhất là gây mê.

#### **3.2. Kỹ thuật thực hiện**

Các đường tiếp cận hốc mắt đều có thể áp dụng tùy theo vị trí của khối máu dịch, ưu tiên chọn vùng thấp nhất và tránh tổn thương cho các cấu trúc giải phẫu.

##### **3.2.1. Khối máu, mũ trước vách hốc mắt**

Chích rạch phần thấp, phá rộng các thành của khối máu, mũ, rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương, đặt lame dẫn lưu, khâu cố định lame.

##### **3.2.2. Khối máu mũ sau vách hốc mắt (septum)**

Dùng các đường tiếp cận hốc mắt thông thường, đi trực tiếp vào khối máu mũ (đã xác định trên phim CT hoặc MRI), rò đường bằng kẹp phẫu tích đầu tù, nếu vào được khối máu mũ sẽ thấy máu đen hoặc mũ chảy ra, tách rộng kẹp phẫu tích để phá thành khối máu tụ hoặc khối áp xe, rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương, đặt dẫn lưu, khâu chân ống dẫn lưu.

##### **3.2.3. Khối máu tụ đỉnh hốc mắt, trong chóp cơ**

Cắt góc mắt phía ngoài và một phần dây chằng mi ngoài nhằm giảm áp lực cho nhãn cầu, mở kết mạc góc ngoài với hy vọng máu mũ thoát chảy tự nhiên.

## **VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi toàn thân: sốt, cảm giác đau nhức
- Theo dõi các triệu chứng cơ năng: thị lực, nhãn áp.
- Theo dõi lượng máu, mũ thoát qua dẫn lưu. Rút dẫn lưu sau 3-5 ngày
- Theo dõi máu, mũ tái phát hoặc tạo lỗ rò: bằng siêu âm, chụp phim kết hợp với lâm sàng, đặc biệt là với khối máu mũ dưới màng xương.
- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, chống viêm và giảm phù, hạ nhãn áp nếu cần.

## **PHẪU THUẬT NẠO VẾT TỔ CHỨC HỐC MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nạo vét tổ chức hốc mắt là phẫu thuật nhằm lấy hết tổ chức ung thư trong hốc mắt kể cả nhãn cầu.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư mi mắt lan vào hốc mắt.
- Ung thư hốc mắt.
- Ung thư từ nhãn cầu xâm lấn hốc mắt (ung thư nguyên bào võng mạc).

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hốc mắt.
- Dao điện, máy hút.
- Chuẩn bị máu để truyền.

### **3. Người bệnh**

- Chụp phim Xquang, tốt nhất là chụp CT để xác định tổn thương u và tổn thương xương hốc mắt.
- Các xét nghiệm theo quy định.
- Chụp phổi, siêu âm gan nếu cần thiết.
- Người bệnh và người nhà được giải thích kỹ về bệnh, tiên lượng, phương pháp điều trị, thẩm mỹ sau phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây mê + gây tê hậu nhãn cầu.

#### **3.2. Tiến hành phẫu thuật**

- Dùng dao hoặc dao điện cắt bỏ 2 mi theo bờ hốc mắt nếu có chỉ định cắt bỏ mi.
- Dùng kéo cong đầu tù cắt bỏ tổ chức hốc mắt và nhãn cầu.
- Lấy hết màng xương hốc mắt.
- Cầm máu bằng dao điện.
- Đặt gelaspon cầm máu.
- Đặt bấc ép cầm máu.
- Rút bấc sau 48 giờ.
- Làm xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán xác định.

## **VI. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn thân trong 24 giờ: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi vết phẫu thuật.
- Kháng sinh toàn thân.

## **VII. XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Thủng thành xương hốc mắt: cần cẩn thận có thể thủng vào sọ não.
- Chảy máu: cầm máu bằng dao điện

### **2. Sau phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu (Băng ép, có thể phải chuyển lên phòng phẫu thuật để kiểm tra và cầm máu lại). Dùng các thuốc như cầm máu (như transamin tĩnh mạch).

## **PHẪU THUẬT TẠO CÙNG ĐỒ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tạo cùng đồ nhằm điều trị cận cùng đồ để lắp mắt giả cho bệnh nhân.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Cận cùng đồ không lắp được mắt giả.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Đốt điện hai cực.

### **3. Người bệnh**

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Mô tả bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

- Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau
- Gây mê nếu phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

##### **3.2.1. Ghép niêm mạc (cạn cùng đồ do xơ hóa tổ chức kết mạc)**

- Tiêm thuốc tê cạnh nhãn cầu.
- Rạch kết mạc xơ hóa, đốt cầm máu và xác định kích thước vùng thiếu niêm mạc.
- Lấy niêm mạc môi theo kích thước đã xác định, cho vào cốc nước có pha kháng sinh.
- Ghép niêm mạc môi vào vị trí đã tách kết mạc xơ hóa.

- Đặt chỉ cố định cùng đồ.
- Đặt khuôn mắt giả tạo cùng đồ.
- Khâu cò mi nếu cần.

### 3.2.2. Cố định cùng đồ vào màng xương (cạn cùng đồ dưới do lật mi)

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da mi dưới theo đường song song và cách bờ mi dưới 1mm.
- Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt, bóc lộ màng xương và tạo vạt màng xương.
- Khâu cố định bao tenon vào vạt màng xương bằng chỉ prolene 6.0.
- Khâu đóng da bằng chỉ vicryl 6.0.
- Đặt khuôn mắt giả.
- Khâu cò mi nếu cần.

### 3.2.3. Ghép mỡ hốc mắt (cạn cùng đồ do teo mỡ hốc mắt)

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch kết mạc, đốt cầm máu.
- Lấy mỡ cho vào cốc nước có pha kháng sinh.
- Ghép tổ chức mỡ hốc mắt.
- Khâu phủ kết mạc.
- Đặt khuôn khuôn mắt giả.

## VI. THEO DÕI

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật
- Đặt mắt giả sau 1 tháng, hoặc phụ thuộc khi nào vết phẫu thuật khô, sạch.

## VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần thiết
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: kháng sinh và vệ sinh vết phẫu thuật hàng ngày.

## PHẪU THUẬT RÚT NGẮN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

### I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật rút ngắn cơ nâng mi trên là phẫu thuật nhằm tăng cường chức năng của cơ nâng mi trên để điều trị sụp mi.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Sụp mi độ II, III và có chức năng cơ nâng mi: trung bình (5 - 7mm) hoặc tốt (8mm).
- Tuổi: thường ở độ tuổi từ 7 - 8 tuổi. Nên phẫu thuật sớm hơn nếu sụp từ độ III mà gây nhược thị, lác.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có bệnh lý giác mạc.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật sụp mi.
- Đèn trần.
- Thuốc men: thuốc gây tê tại chỗ; Dung dịch kháng sinh và mỡ kháng sinh; Dung dịch betadin 5%.

### **3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây mê với trẻ nhỏ, trẻ lớn có thể gây tê tại chỗ bằng xylocain 2% 5ml.

### **3.2. Các bước phẫu thuật**

- Rạch da mi, cắt bỏ vạt da: dùng thanh đe Vannas: để làm căng da mi trên, đường rạch da song song và cách chân hàng lông mi khoảng 4mm, nếu sụp mi 1 mắt thì đường rạch da tương ứng với nếp mi mắt bên lành. Cắt bỏ vạt da tùy theo mức độ thừa da mi.
- Phẫu tích mép da, cơ vòng cung mi, bộc lộ cơ nâng mi trên.
- Phẫu tích cơ nâng mi trên, cắt cơ khỏi chỗ bám ở mặt trước và bờ trên của sụn mi. Khâu rút ngắn cơ nâng mi trên vào mặt trước sụn bằng 3 mũi chỉ chữ U (mức độ rút ngắn tùy thuộc vào chức năng cơ nâng mi trên và mức độ sụp mi).
- Khâu phục hồi mép mỡ, tạo 2 mí: dùng chỉ khâu từ mép da qua mặt trên sụn mi trên, xuyên qua mép da bên kia thắt chỉ tạo 2 mí.
- Tra betadin 5%, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, băng ép.

## **VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

Thay băng hàng ngày, tra dung dịch betadin 5% vào mép phẫu thuật, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, cắt chỉ sau 10 ngày.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chỉnh quá mức.
- + Day, xoa mi trên thực hiện sớm 2 hoặc 3 ngày đầu sau phẫu thuật.
- + Nếu có biến chứng viêm, loét giác mạc do hở mi, có thể hạ mi trên để điều trị ổn định viêm giác mạc sau đó xử lý sụp mi.
- Chỉnh non: cần phẫu thuật tăng cường.
- Rụng lông mi: do tổn thương các nang lông: đường rạch da cần cách xa trên hàng lông mi, có thể ghép lông mi từ lông mày.

Kết quả tốt khi:

- Bờ mi ở vị trí bình thường, không bị biến dạng và cân xứng ở các hướng nhìn
- Có sự đồng bộ trong cử động chớp mi giữa 2 mắt.
- Nếp mi có độ cong bình thường và cân xứng hai bên.
- Mắt nhắm kín khi ngủ.

## **PHẪU THUẬT KÉO DÀI CÂN CƠ NÂNG MI ĐIỀU TRỊ CO RÚT MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**



Phẫu thuật điều trị co rút mi là phương pháp điều chỉnh tình trạng co rút mi nhằm phục hồi chức năng và giải phẫu cho mi mắt.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Co rút mi trên và mi dưới gây hở mi hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương mới xuất hiện dưới 6 tháng.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

### **3. Người bệnh**

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật (nếu có thể).
- Giải thích cho người bệnh trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

- Uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

Cách thức phẫu thuật điều trị co rút mi thay đổi theo mi trên hay mi dưới. Với co rút mi trên có hai phương pháp: cắt cơ Müller và kéo dài cân cơ nâng mi. Với co rút mi dưới có phương pháp kéo dài mi dưới bằng ghép sụn vành tai, niêm mạc vòm miệng, mỡ bì, củng mạc bảo quản, silicon.

Co rút mi trên: đánh dấu nếp mi (cao 5mm với nữ giới và 4mm với nam giới).

### *3.2.1. Cắt cơ Müller*

- Lật mi trên bằng vành mi Desmarre.
- Tiêm thuốc tê dưới kết mạc cùng đồ.
- Rạch kết mạc dọc theo cùng đồ trên dài 1cm.
- Bộc lộ cơ Müller.
- Cắt cơ khỏi chỗ bám tận.
- Khâu kết mạc.
- Tháo vành mi và kiểm tra.

### *3.2.2. Cắt hay kéo dài cân cơ nâng mi*

- Rạch da vùng đã đánh dấu.
- Phẫu tích cơ vòng mi, bộc lộ cơ nâng mi và cắt buồng cơ nâng mi ra khỏi chỗ bám vào sụn mi trên.
- Nếu mi vẫn co rút, tìm và cắt buồng cơ Müller.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0, tạo nếp mi sao cho cân xứng hai mắt (xem bài tạo nếp mi).

## **VI. THEO DÕI**

- Người bệnh được hẹn khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nếu còn hở mi: xem xét và mổ bổ sung.
- Nếu còn sụp mi theo dõi và tìm phương pháp điều trị thích hợp.

## **PHẦN 2: HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀNG MẶT**

### **1-Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta-Percha nguội**

#### **ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật dùng trâm xoay để tạo hình hệ thống ống tủy

Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

#### **CHỈ ĐỊNH**

Viêm tủy không hồi phục

Tủy hoại tử

Viêm quanh cuống răng

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Răng sữa

Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống

Răng có chỉ định nhổ

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ Răng hàm mặt.

Trợ thủ.

### **Phương tiện**

*Dụng cụ*

Ghế máy nha khoa

Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

Máy đo chiều dài ống tủy

Bộ khám : khay, gương, gắp, thám trâm...

Dụng cụ điều trị nội nha

Bộ cách ly cô lập răng

Bộ lèn nội nha A-D...

*Thuốc và vật liệu*

Thuốc tê

Thuốc sát khuẩn

Dung dịch bơm rửa

Vật liệu điều trị nội nha...

## **Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

## **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

## **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

### **Kiểm tra người bệnh**

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

### **Thực hiện kỹ thuật**

#### *Vô cảm*

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

#### *Cách ly răng*

Sử dụng đê cao su

#### *Mở tủy*

Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

#### *Sửa soạn hệ thống ống tủy*

Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.

Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypochlorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

*Hàn kín hệ thống ống tủy*

Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:

Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm. 111

Chọn côn gutta-percha chính:

Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng

Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.

Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.

Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại: Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

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

*Hàn phục hồi thân răng*

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

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **Trong quá trình điều trị**

Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

### **Sau điều trị**

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

## **2. ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

## **2. Phương tiện**

### 2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...
- Dụng cụ tháo chất hàn cũ:
  - + Dụng cụ tháo cầu chụp
  - + Bộ sửa soạn đường vào ống tủy: mũi khoan các loại
  - + Máy lấy cao răng P5 và đầu siêu âm nội nha
  - + Bộ trâm điều trị lại.

### 2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha...
- Vật liệu làm tan chất hàn cũ: Eugenate desobturator, Resin remove ...

## **3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

## **4. Hồ sơ bệnh án:**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.



- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy và vùng cuống răng.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

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

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Loại bỏ chất hàn cũ:**

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

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

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

- Kiểm tra chiều dài của hệ thống ống tủy trên Xquang.

### 3.3. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

### 3.4 Hàn phục hồi thân răng

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

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc

GIC.

- Thùng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thùng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

## **2. Sau điều trị**

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

# **3. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Răng ngầm là răng không mọc ra được hoặc là một răng thừa.

- Các răng ngầm có thể là nguyên nhân của nang thân răng hoặc các biến chứng khác.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.

- Răng ngầm gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh.

- Răng ngầm có nang thân răng.

- Răng ngầm chèn ép thần kinh gây đau.

- Răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.

- Răng ngầm lạc chỗ gây rối loạn chức năng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

## **2. Phương tiện**

### **2.1. Dụng cụ**

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

### **2.2. Thuốc và vật liệu**

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

## **3. Người bệnh**

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

## **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng ngầm.
- Xét nghiệm cơ bản.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Vô cảm:

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

- Phẫu thuật lấy răng ngầm:

+ Tạo vạt niêm mạc màng xương thích hợp để mở xương và lấy răng.

+ Mở xương: dùng dụng cụ thích hợp mở xương bộc lộ răng ngầm.

+ Chia cắt răng ngầm: dùng mũi khoan cắt răng và chia tách chân răng để dễ đưa răng ra khỏi xương hàm nếu cần.

+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng và các chân răng đã chia tách ra khỏi xương.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng vạt.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tổn thương xương và các cấu trúc lân cận: Tùy từng trường hợp mà chọn giải pháp điều trị thích hợp.

### **2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **4 . PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỘC LỆCH HÀM TRÊN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1 Dụng cụ**

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

##### **2.2 Thuốc và vật liệu**

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

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:
  - + Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.
  - + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cấn gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **5 . PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm dưới mọc lệch .

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

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

##### **2.2 Thuốc và vật liệu:**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu cầm máu.



- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn.

### **3. Người bệnh**

Được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật

### **4. Hồ sơ bệnh án:**

Chuẩn bị đầy đủ theo đúng quy định.

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:
  - + Rạch niêm mạc.
  - + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng cần nhổ
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cấn gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

## **2. Sau phẫu thuật**

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

# **6. PHẪU THUẬT NHỒ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

## **II. CHỈ ĐỊNH**

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

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1 Dụng cụ**

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

## **2.2 Thuốc và vật liệu**

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

## **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng mọc lệch.
- Xét nghiệm cơ bản.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Vô cảm:

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

- Phẫu thuật lấy răng khôn lệch:

+ Tạo vạt:

\* Rạch niêm mạc màng xương.

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

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

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

+ Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.

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

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng phần mềm.

+ Cán gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

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

## **7. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong các trường hợp răng khôn mọc lệch, thường gặp răng khôn lệch gần có thân răng bị kẹt dưới cổ răng hàm lớn liền kề. Vì vậy phải cắt thân răng để lấy răng ra khỏi huyết ổ răng và tránh tổn thương răng liền kề.

Trường hợp chân răng dị dạng hoặc nhiều chân thì cần phải cắt và chia tách chân răng lấy hết chân răng ra khỏi huyết ổ răng.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề và răng có nhiều chân hoặc chân dị dạng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ nha khoa.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1 Dụng cụ**

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

#### **2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Kim và chỉ khâu.

- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:
  - + Rạch niêm mạc màng xương.
  - + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ vùng xương ổ răng
- Mở xương: Trong một số trường hợp cần mở xương, dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng cắt bỏ.
- Cắt thân răng: Dùng mũi khoan cắt ngang qua cổ răng hoặc thân răng để lấy bỏ phần thân răng sao cho phần còn lại có thể lấy dễ dàng ra khỏi ổ răng.
- Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.
- Cắt và chia tách chân răng.
- Lấy phần chân răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cấn gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **8. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

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

#### **2.2. Thuốc**

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

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn



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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi làm thủ thuật**

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

### **2. Sau khi làm thủ thuật**

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

## **9. LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Nếp niêm mạc trùm phủ bề mặt răng khôn thường gây ra ứ đọng thức ăn, là

nguyên nhân gây viêm quanh thân răng và các biến chứng khác. Nếu răng không có chỉ định nhổ thì phải cắt bỏ phần nẹp niêm mạc trùm để bộc lộ thân răng.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Nẹp niêm mạc trùm phủ một phần hoặc toàn phần thân răng mà răng không có chỉ định nhổ.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nẹp niêm mạc trùm đang trong giai đoạn viêm cấp tính.
- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính ở nơi khác trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .
- Thuốc tê.
- Dao điện hoặc máy đốt laser.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Xi- măng phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng gạc vô khuẩn.

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định răng không có chỉ định nhổ.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa sạch túi quanh thân răng.

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ

- Cắt bỏ vạt quanh thân răng:

+ Dùng dao, kéo hoặc dao điện cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm phủ trên bề mặt và vạt quanh thân răng, đặc biệt phía xa để bộc lộ thân răng.

+ Kiểm soát bề mặt và quanh thân răng.

- Đặt xi-măng phẫu thuật.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **10. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

## **II. CHỈ ĐỊNH**

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

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

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

#### **2.2. Thuốc**

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

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Rạch và cắt phanh lưỡi:

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

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

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

- Khâu phục hồi.

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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật:**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **11 . PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

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

##### **2.2. Thuốc**

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Rạch và cắt phanh môi:

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

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

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

- Khâu phục hồi.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **12. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

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

##### **2.2. Thuốc**

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



### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **13. CÂY CHUYỂN RĂNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Cây chuyển răng là kỹ thuật chuyển răng từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng người bệnh.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có răng có chỉ định nhổ, đồng thời có một răng thừa hoặc răng khôn không có chức năng hoặc ít chức năng.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng được cấy ghép khác nhiều về kích thước và hình thể với răng có chỉ định nhổ.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

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

##### **2.2. Thuốc**

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.
- Xi măng phẫu thuật.
- Bông, gạc vô khuẩn.

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Có phim để xác định kích thước, hình thể, số chân răng của răng được cấy ghép và răng có chỉ định nhổ.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

Nhổ răng cấy chuyển

- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kim và bẫy thích hợp làm lỏng răng với huyết ổ răng.
- Chưa lấy răng ra khỏi huyết ổ răng. Nhổ răng có chỉ định nhổ.
- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kim và bẫy thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát và sửa soạn huyết ổ răng cho phù hợp với răng cấy chuyển
- Đảm bảo huyết ổ răng sẵn sàng tiếp nhận răng cấy chuyển.

### **3.3 Cấy răng mới nhổ vào huyết ổ răng nhận**

- Nhổ răng cấy chuyển : dùng kim lấy răng cấy chuyển ra khỏi huyết ổ răng. Lưu ý không được làm sang chân thân răng và chân răng.

- Đặt răng vừa nhỏ vào huyết ổ răng nhận.
- Kiểm soát và điều chỉnh để đạt mức độ phù hợp giữa răng cấy và ổ răng nhận.
- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng cấy cách mặt phẳng cắn khoảng 2mm.
- Cố định răng.
- Đắp xi măng phẫu thuật.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu.
- Răng lung lay: Cố định lại.
- Sang chấn khớp cắn: Điều chỉnh khớp cắn.

## **14. CẤY LẠI RĂNG BẬT KHỎI Ổ RĂNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Cấy lại răng là kỹ thuật đặt lại răng đã bị bật khỏi ổ răng về vị trí ban đầu.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng bật khỏi ổ răng do chấn thương.
- Răng đã ra khỏi ổ răng do nhổ nhầm răng.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Mất xương ổ răng quá nhiều.
- Răng bị bật khỏi ổ răng quá 6 giờ.
- Răng bật khỏi ổ răng có tổn thương vùng chân răng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

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

#### **2.2. Thuốc**

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

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1 Xử trí răng đã bị bật khỏi ổ răng**

- Rửa sạch răng bằng nước muối sinh lí.
- Kiểm tra và đánh giá tình trạng dây chằng quanh răng và xương răng.

- Đặt răng vào môi trường dinh dưỡng hoặc nước muối sinh lí.

### 3.2 Kiểm soát huyết ổ răng

- Bơm rửa và làm sạch huyết ổ răng

- Đánh giá và kiểm soát tình trạng huyết ổ răng.

### 3.3 Cấy răng trở lại vị trí ban đầu

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng bị bật nhỏ ra khỏi dung dịch nuôi dưỡng và đặt vào huyết ổ răng theo giải phẫu ban đầu.

- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng không chạm mặt phẳng cắn.

- Cố định răng.

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

### 2. Sau phẫu thuật

- Răng lung lay: Cố định lại.

- Sang chấn khớp cắn: Chỉnh sửa khớp cắn.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

## 15. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Các trường hợp răng khôn có thân răng không được bọc lộ và bị bao phủ bởi vạt quanh thân răng, là nguyên nhân gây ra các đợt viêm cấp.

Điều trị viêm quanh thân răng cấp nhằm làm giảm mức độ viêm cấp của tổ chức quanh răng bằng biện pháp dẫn lưu mủ kết hợp với điều trị kháng sinh, chống viêm toàn thân.

### II. CHỈ ĐỊNH

Viêm quanh thân răng cấp.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Thuốc tê.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn.

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.
- Dùng cây lấy cao răng nâng nhẹ vật tách ra khỏi răng, dùng gạc sát khuẩn lau bên trong túi nếp niêm mạc lấy đi cặn bên dưới túi nếp niêm mạc.
- Bơm rửa lại túi nếp niêm mạc bằng nước ấm.

- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mũ, rạch phần nếp niêm mạc tròn theo chiều trước sau để dẫn lưu.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Sau khi các triệu chứng cấp đã thuyên giảm, tùy từng trường hợp có thể nhổ răng hoặc cắt nếp niêm mạc tròn.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **16. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG GLASS IONOMER CEMENT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng ở cổ răng bằng Glass Ionomer Cement (GIC).
- GIC là vật liệu có ưu điểm thao tác nhanh, đơn giản và ít gây kích thích tổ chức, CHỈ ĐỊNH rộng rãi với nhiều vị trí và tình trạng lỗ hàn.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**



- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

## **2. Phương tiện**

### ***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

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

### ***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Chỉ co lợi.
- Glass Ionomer Cement ( GIC ).

## **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê.

- Đặt chỉ co lợi.
- Sửa soạn xoang hàn:
  - + Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
  - + Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.
  - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
  - + Làm khô.
- Hàn phục hồi GIC:
  - + Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.
  - + Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn.
- Hoàn thiện :
  - + Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

### **2. Sau quá trình điều trị**

Viêm tủy: Điều trị tủy.

## **17. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### ***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

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

##### ***2.2 Thuốc và vật liệu***

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

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

## **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

## **2. Kiểm tra người bệnh**

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

## **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Đặt chỉ co lợi.

- Sửa soạn xoang hàn:

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

+ Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA... 1 lớp dưới 1mm.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.

+ Rửa sạch xoang hàn.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây

+ Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

## **2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy : điều trị tủy
- Tủy hoại tử: điều trị tủy.
- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

## **18. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement ( GIC ).
- GIC là vật liệu có ưu điểm thao tác nhanh, đơn giản và ít gây kích thích tổ chức, chỉ định rộng rãi với nhiều vị trí và tình trạng lỗ hàn.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu răng sữa.
- Sâu răng vĩnh viễn.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1 Phương tiện và dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

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

## **2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc sát khuẩn.
- Glass Ionomer Cement.

## **3. Người bệnh**

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

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:
  - + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
  - + Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.
  - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
  - + Làm khô.
- Hàn phục hồi GIC:
  - + Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.
  - + Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn.
- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

### **2. Sau quá trình điều trị**

+ Viêm tủy: điều trị tủy.

## **19. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

## **2. Phương tiện**

### **2.1 Dụng cụ**

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

### **2.2 Thuốc và vật liệu**

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

## **2. Người bệnh**

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

## **3. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:
  - + Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
  - + Dùng mũi khoan thích hợp để làm sạch mô ngà hoại tử.
  - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- Hàn lớp bảo vệ tủy:



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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

### **2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy: điều trị tủy
- Tủy hoại tử: điều trị tủy.
- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

## **18. PHẪU THUẬT CẮT NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM DƯỚI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang xương hàm dưới do răng là bệnh lý hay gặp trên lâm sàng.
- Phẫu thuật cắt nang xương hàm dưới do răng phải lấy hết được toàn bộ nang và xử lý răng nguyên nhân để tránh tái phát.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang chân răng xương hàm dưới.
- Nang thân răng xương hàm dưới.
- Nang răng sót.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần xương và máy khoan chuyên dụng

### **3. Người bệnh**

- Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.
- Điều trị nội nha răng nguyên nhân trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang xác định tình trạng nang.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Vô cảm**

- Gây mê nội khí quản.

- Một số trường hợp có thể gây tê tại chỗ phối hợp gây tê vùng.

#### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

- Rạch niêm mạc màng xương: Dùng dao thích hợp rạch niêm mạc ngách tiền đình tương ứng vùng nang xương hàm; Đường rạch hình thang hoặc hình vọt.

- Tách bóc vạt niêm mạc màng xương: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc vạt niêm mạc màng xương, bóc lộ bề mặt xương đủ rộng để cắt nang.

- Mở cửa sổ xương:

+ Dùng khoan mở bề mặt xương hàm dưới vào vùng nang.

+ Trường hợp nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm dưới thì dùng kim găm xương để mở rộng bộc lộ rõ vỏ nang.

- Lấy nang: Dùng dụng cụ thích hợp tách vỏ nang ra khỏi xương và lấy bỏ toàn bộ nang.

- Xử lý răng nguyên nhân bằng một trong hai biện pháp sau:

+ Cắt cuống răng.

+ Nhổ bỏ răng.

- Kiểm soát và bơm rửa hốc xương hàm.

- Khâu đóng niêm mạc.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

#### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

## **20. PHẪU THUẬT CẮT NANG KHÔNG DO RĂNG XƯƠNG HÀM DƯỚI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang xương hàm dưới không do răng thường hình thành do sự vùi kẹt của biểu mô trong quá trình phát triển xương hàm dưới.
- Phẫu thuật cắt nang phải lấy hết được toàn bộ vỏ nang để tránh tái phát.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Nang xương hàm dưới không do răng

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

#### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phân xương và máy khoan chuyên dụng

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích các vấn đề liên quan tới phẫu thuật

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang xác định tình trạng nang.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**2. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Rạch niêm mạc màng xương: Dùng dao thích hợp rạch niêm mạc góc tiền đình tương ứng vùng nang xương hàm; Đường rạch hình thang hoặc hình vệt.
- Tách bóc vạt niêm mạc màng xương: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương đủ rộng để cắt nang.
- Mở cửa sổ xương:
  - + Dùng khoan mở bề mặt xương hàm dưới vào vùng nang.
  - + Trường hợp nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm dưới thì dùng kim găm xương để mở rộng bộc lộ rõ vỏ nang.
- Lấy nang: Dùng dụng cụ thích hợp tách vỏ nang ra khỏi xương và lấy bỏ toàn bộ vỏ nang.
- Kiểm soát và bơm rửa hốc xương hàm.
- Khâu đóng niêm mạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

## **21. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU VIÊM TẮY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt là tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng cần phải xử trí cấp cứu bằng các đường rạch dẫn lưu.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy lan tỏa vùng miệng - hàm mặt.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

##### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần mềm

##### **3. Người bệnh**

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

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây mê qua đường mở khí quản.

##### **4. Thực hiện kỹ thuật.**

###### **4.1. Rạch các đường rạch**

\* Đối với viêm tấy tỏa lan sàn miệng: Rạch các đường rạch dưới đây:

- Rạch da vùng dưới hàm 2 bên hình móng ngựa, cách bờ nền xương hàm dưới tối thiểu 2cm.

- Rạch da đường giữa vùng dưới cằm cổ theo hướng trước – sau.

\* Đối với viêm tấy tỏa lan nửa mặt: Rạch các đường rạch dưới đây:

- Rạch da dọc theo rãnh mũi - má

- Rạch da dọc vùng trước nắp tai

- Rạch da theo đường chân tóc

###### **4.2 Dẫn lưu**

- Dùng pince để tách và mở rộng đường dẫn lưu qua các lớp cân cơ tới các vùng hoại tử
- Dùng ngón tay để kiểm soát và mở rộng các vùng hoại tử và lấy bỏ mô bị hoại tử
- Bơm rửa vùng hoại tử bằng các dung dịch sát khuẩn
- Đặt các ống dẫn lưu

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu

### **2. Sau phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu

## **22. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU ÁP XE NÔNG VÙNG HÀM MẶT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe nông vùng hàm mặt là các ổ mủ khu trú ở các vùng giải phẫu định khu nông vùng hàm mặt như vùng má, cơ cắn, mang tai, dưới hàm, dưới lưỡi, sàn miệng...
- Nguyên nhân của các áp xe nông vùng hàm mặt thường do răng.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe má
- Áp xe vùng cơ cắn
- Áp xe quanh hàm trong
- Áp xe quanh hàm ngoài
- Áp xe dưới hàm
- Áp xe vùng mang tai
- Áp xe vùng dưới cằm
- Áp xe sàn miệng
- Áp xe vùng thái dương...

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

#### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phân mềm

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang để xác định răng nguyên nhân và tình trạng ổ mủ.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản.

#### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch da và niêm mạc. Tùy từng trường hợp có thể đi đường trong miệng, ngoài miệng hoặc phối hợp cả hai

+ Đường ngoài miệng: Rạch da theo nguyên tắc dựa trên các mốc giải phẫu, tôn trọng đường thẩm mỹ và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.

+ Đường trong miệng: Rạch niêm mạc dựa trên các mốc giải phẫu, tương ứng với vùng áp xe và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.

- Dẫn lưu mủ:

+ Dùng kẹp đầu tù mở rộng đường rạch vào tới ổ mủ.

+ Dẫn mủ thoát ra ngoài.



- + Dùng dụng cụ thích hợp để kiểm soát ổ mủ.
- Bơm rửa
- Đặt dẫn lưu
- Xử lý răng nguyên nhân nếu có.
- Bơm rửa ngày nhiều lần tùy theo mức độ.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tắc dẫn lưu: đặt lại dẫn lưu.

## **21. NẤN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nhằm tái lập lại mối quan bình thường giữa lồi cầu xương hàm dưới với hõm khớp của xương thái dương

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Sai khớp thái dương hàm

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ răng hàm mặt
- Kíp phẫu thuật.

#### **2. Phương tiện**

## 2.1. Phương tiện và dụng cụ.

Ghế ngồi có tựa lưng, tựa đầu

## 2.2. Thuốc và vật liệu

- Băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Thuốc tê....

## 3. Người bệnh

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

## 4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

### 2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### 3. Các bước kỹ thuật

#### 3.1 Sát khuẩn.

#### 3.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Để người bệnh ngồi trên ghế thấp, đầu - lưng thẳng, tựa chắc hoặc được giữ chắc.
- Bác sĩ đứng trước người bệnh.
- Xoa nắn vùng cơ cắn hai bên.

#### 3.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

+ Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cạnh ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

- Nấn từng bên một:

+ Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cạnh ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

+ Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

#### 3.4. Cố định hàm dưới:

- Dùng băng chun băng cằm – đỉnh để cố định hàm dưới.

- Cố định trong thời gian 1 tuần.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trong khi làm thủ thuật: Choáng do đau: tạm dừng và điều trị chống choáng.

## **22. NẤN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM ĐẾN MUỘN CÓ GÂY TÊ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nhằm tái lập lại mối quan bình thường giữa lồi cầu xương hàm dưới với hõm khớp của xương thái dương có gây tê

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Sai khớp thái dương hàm

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ răng hàm mặt

- Kíp phẫu thuật.

## **2. Phương tiện**

### 2.1. Phương tiện và dụng cụ

Ghế ngòi có tựa lưng, tựa đầu

### 2.2. Thuốc và vật liệu

- Băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Thuốc tê....

## **3. Người bệnh**

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

## **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### **3. Các bước kỹ thuật**

#### 3.1 Sát khuẩn

#### 3.2 Vô cảm: Gây tê vùng nhánh thần kinh cơ cấn

#### 3.3. Chuẩn bị người bệnh:

- Đỡ người bệnh ngồi trên ghế thấp, đầu - lưng thẳng, tựa chắc hoặc được giữ chắc
- Bác sĩ đứng trước người bệnh.
- Xoa nắn vùng cơ cấn hai bên.

#### 3.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

+ Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm

dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

- Nấn từng bên một:

+ Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

+ Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

3.4. Cố định hàm dưới:

- Dùng băng thun băng cằm - đỉnh để cố định hàm dưới.

- Cố định trong thời gian 1 tuần.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trong khi làm thủ thuật: Choáng do đau phải tạm dừng và điều trị chống choáng.

## **23. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và còn là ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chân răng còn lại do sâu răng

- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

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

#### **2.2. Thuốc**

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

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng
- Dùng kìm thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cầm máu.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **24. NHỔ RĂNG THỪA**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Các răng thừa thường không có chức năng và còn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, là nguyên nhân làm lệch lạc răng và rối loạn khớp cắn. Vì vậy, trong hầu hết các trường hợp cần nhổ bỏ các răng thừa.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng thừa không có chức năng thay thế răng khác
- Răng thừa mọc ngoài cung răng
- Răng thừa có hình thể bất thường gây ảnh hưởng thẩm mỹ
- Răng thừa là nguyên nhân gây lệch lạc răng.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

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

#### **2.2. Thuốc**

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

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ



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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi làm thủ thuật**

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

### **2. Sau khi làm thủ thuật**

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

## **25. CHÍCH ÁP XE LỢI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị áp xe lợi bằng chích và dẫn lưu mủ.

### **II. CHỈ ĐỊNH:**

Áp xe lợi.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

- Bơm, kim tiêm.
- Dụng cụ chích và dẫn lưu mủ.

#### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê
- Dung dịch oxy già 10 thể tích, bông gạc...

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng chuyển sóng.
- Gây tê tại chỗ.
- Trích áp xe:
  - + Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng.

- + Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu mủ.
- + Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc ôxy già 3 thể tích.
- + Phủ bằng gạc.
- + Sau khi ngừng chảy máu cho người bệnh .
- + Hướng dẫn người bệnh trong 24h đầu, súc miệng nước muối ấm 2 giờ một lần.
- + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có tai biến.

## **26. KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Viêm lợi miệng loét hoại tử cấp.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1 Phương tiện:**

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Dụng cụ lấy cao răng.

## 2.2 Thuốc và vật liệu:

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

### 3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### 4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

### 2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

### 3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ nếu cần.
- Dùng các đầu lấy cao siêu âm làm rung và bật các mảnh cao răng ra khỏi bề mặt răng. Thực hiện theo trình tự sao cho lấy hết cao răng ở các mặt của tất cả các răng, cả cao răng trên lợi và cao răng dưới lợi.
- Dùng các cây lấy cao răng cầm tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy được.
- Sử dụng các mũi khoan tốc độ chậm phù hợp làm sạch các mảng bám, các chất ngoại lai và làm nhẵn bề mặt răng và chân răng, tạo điều kiện kiểm soát mảng bám răng.
- Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích....
- Đánh bóng bề mặt các răng và chân răng.

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

## **1. Trong quá trình điều trị**

Chảy máu: Cầm máu.

## **2. Sau quá trình điều trị**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

# **26. PHẪU THUẬT GỠY HÀM DƯỚI BẰNG CHỈ THÉP**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm dưới (XHD) do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng chỉ thép.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hàm dưới

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.

- Kíp gây mê.

### **2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.

- Bộ phẫu thuật phần mềm...

2.2. Thuốc và vật liệu

- Chỉ thép cho kết hợp xương hàm dưới
- Kim, chỉ khâu các loại...

### **3. Người bệnh**

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

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### **3. Các bước kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn.

3.2 Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3 Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da, hay niêm mạc
- Rạch da hay niêm mạc và bộc lộ ổ gãy.
- Rạch niêm mạc cách lợi dính 2mm tương ứng với ổ gãy qua lớp màng xương.
- Rạch da dưới hàm song song và cách bờ nền XHD 2 cm tương ứng với ổ gãy
- Kiểm soát ổ gãy:
  - + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
  - + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định:
  - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
  - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

- + Kết hợp xương bằng chỉ thép
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

## **27. PHẪU THUẬT GỠ HÀM DƯỚI BẰNG NẸP VÍT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm dưới do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hàm dưới

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

## **2. Phương tiện**

### 2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm....

### 2.2. Thuốc và vật liệu

- Bộ nẹp, vít.
- Kim, chỉ khâu các loại....

## **3. Người bệnh**

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

## **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### **3. Các bước kỹ thuật**

#### 3.1 Sát khuẩn.

#### 3.2 Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

#### 3.3 Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da, hay niêm mạc
- Rạch da hay niêm mạc và bộc lộ ổ gãy.
- Rạch niêm mạc cách lợi dính 2mm tương ứng với ổ gãy qua lớp màng xương.
- Rạch da dưới hàm song song và cách bờ nền XHD 2 cm tương ứng với ổ gãy
- Kiểm soát ổ gãy:



- + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
- + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định:
- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
- + Kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu.
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

## **28. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT DO HỎA KHÍ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị bằng phẫu thuật đối với các vết thương vùng hàm mặt do hỏa khí.
- Đặc điểm của loại vết thương này rất phức tạp bao gồm vết thương phần mềm, có thể có tổn thương xương và có dị vật.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương vùng hàm mặt do hỏa khí.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân không cho phép điều trị

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về chấn thương chỉnh hình hoặc phẫu thuật hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

#### **2. Phương tiện và dụng cụ**

##### **2.1. Dụng cụ:**

- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Bộ phẫu thuật xương.

##### **2.2. Phương tiện và thuốc:**

- Thuốc tê.
- Kim chỉ khâu các loại
- Nẹp vít.
- Phương tiện cố định hai hàm: cung tiguiersted, các nút Ivy, vít neo chặn...
- Dung dịch xanh methylene.
- Băng, gạc vô trùng...

#### **3. Người bệnh:**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án:**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang để xác định tổn thương xương hàm.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.**

## **2. Kiểm tra người bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh.

## **3. Các bước thực hiện quy trình:**

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Thực hiện các quy trình:

- Phẫu thuật lấy dị vật và xương hàm bị vỡ vụn: theo quy trình phẫu thuật lấy dị vật vùng hàm mặt.

- Phẫu thuật kết hợp xương hàm trên, hàm dưới, gò má...tùy theo tổn thương.

- Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tụ máu: Lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết thương tại chỗ.

## **29. PHẪU THUẬT LẤY SỎI ỐNG WHARTON TUYẾN DƯỚI HÀM**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống Wharton tuyến dưới hàm là tình trạng bệnh lý hay gặp. Sỏi làm ứ đọng nước bọt, gây viêm tuyến dưới hàm

- Phẫu thuật lấy sỏi ống Wharton là phẫu thuật lấy sỏi trong ống tuyến.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Sỏi ống Wharton tuyến nước bọt dưới hàm ở phần ống tuyến nằm ngoài tuyến

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép.
- Sỏi ống Wharton ở phần nằm trong tuyến (phải cắt tuyến).

### **IV. CHUẨN BỊ.**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

#### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phân mềm

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng sỏi

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây tê hoặc gây mê nội khí quản.

#### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Gây tê vùng sàn miệng dọc theo ống Wharton.
- Xác định vị trí sỏi và dùng chỉ buộc phía sau của sỏi
- Rạch niêm mạc và lấy sỏi:
  - + Dùng dao rạch niêm mạc sàn miệng dọc theo ống Wharton ngay trên vị trí viên sỏi.
  - + Bóc tách, bộc lộ sỏi

+ Lấy bỏ toàn bộ sỏi trong lòng ống Wharton.

- Bơm rửa sạch.

- Cầm máu

- Khâu đóng niêm mạc: Không khâu kín.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

## **30. ĐIỀU TRỊ TỬY RĂNG SỮA**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa viêm tủy.

- Răng sữa có tủy hoại tử

- Răng sữa viêm quanh cuống

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ

- Răng sữa viêm tủy có hồi phục.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

## **2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

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

2.2. Thuốc và vật liệu

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

## **3. Người bệnh**

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

## **4. Hồ sơ bệnh án**

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Vô cảm.

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

- Gây mê nếu cần.

### 3.2. Cách ly răng

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

### 3.3. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy

### 3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy tủy buồng và tủy chân bằng trâm gai

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng dụng cụ thích hợp

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy

+ Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý hoặc oxy già 3 thể tích...

### 3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.

- Đưa paste vào các ống tủy cho đến hết chiều dài ống tủy bằng lentulo.

- Dùng bông lau khô phần paste thừa trên miệng ống tủy.

### 3.6. Hàn phục hồi

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

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA hoặc canxi hydroxit hoặc GIC...

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA hoặc canxi hydroxit ...

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: Lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp...

### 2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống.

## **31. NHỔ RĂNG SỮA**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

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

##### **2.2. Thuốc**

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

#### **3. Người bệnh**

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



trị.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Nhổ răng:
  - + Tách lợi.
  - + Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
  - + Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cấn gạc cầm máu.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong khi làm thủ thuật**

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

#### **2. Sau khi làm thủ thuật**

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

## **33. NHỔ CHÂN RĂNG SỮA**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng sữa ra khỏi huyệt ổ răng, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn trong khoang miệng và tạo khoảng cho răng vĩnh viễn mọc.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Còn chân răng sữa ở thời kỳ mọc răng vĩnh viễn tương ứng.
- Còn chân răng sữa khi đã mọc răng vĩnh viễn tương ứng.
- Chân răng sữa là nguyên nhân gây viêm nhiễm tại chỗ.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ .

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ nhổ chân răng sữa....

##### **2.2. Thuốc và vật liệu**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm; Tùy trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Nhổ chân răng sữa:

+ Tách lợi.

+ Dùng kim hoặc bẫy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyết ổ răng.

- Cấn gạc cầm máu.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: Điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

#### **2. Sau khi làm thủ thuật**

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

**PHẦN 3: HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA  
BỆNH CHUYÊN NGÀNH TẠI MŨI HỌNG**

**BƠM HƠI VÒI NHĨ**

**ĐẠI CƯƠNG**

Bơm hơi vòi nhĩ là thủ thuật bơm không khí qua vòi nhĩ để làm thông thoáng vòi nhĩ.

## **CHỈ ĐỊNH**

Tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ (vòi Eustachi).

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có viêm mũi họng cấp, viêm VA, viêm xoang sau có mũ.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phường tiên**

Dụng cụ

Bộ bơm hơi vòi nhĩ:

+ Một quả bóng cao su Politzer nối với một ống cao su có một đầu khít lỗ mũi.

+ Một Ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50 cm hai đầu có nút nhựa.

+ Que tăm bông cong, bông.

Thuốc: thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

### **Người bệnh**

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

### **Hồ sơ bệnh án**

Theo qui định.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Có hai cách

**1. Dùng bóng cao su:** đơn giản, thường làm ở người lớn.

Cho người bệnh ngậm 1 ngụm nước và chỉ nuốt khi có lệnh của thầy thuốc.

Đặt đầu ống cao su ở bóng Politzer khít vào lỗ mũi bên vòm tai bị tắc, lấy tay bít kín lỗ mũi còn lại.

Ra lệnh cho người bệnh nuốt nước đồng thời bóp mạnh bóng.

Cần làm vài lần để duy trì.

### **Dùng ống thông Itard**

Dùng que bông cong thấm thuốc tê niêm mạc (xylocain 3% - 6%) gây tê ở loa vòm trong 5 - 10 phút.

Đặt đầu cong của ống Itard sát sàn mũi từ từ đẩy ống từ trước ra sau tới sát thành sau họng thì rút lại ống về phía thầy thuốc 1,5 cm đồng thời quay Ống thông 90<sup>0</sup> lên phía trên và ra ngoài. Đầu ống lướt qua loa vòm để rơi vào hố miệng vòm.

Bơm hơi và kiểm tra.

Rút ống Itard theo chiều ngược lại.

Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

Chảy máu: cầm máu.

Thủng màng nhĩ: vá nhĩ.

Tràn khí: ngừng thông và theo dõi, không khí sẽ hết nhanh.

Viêm tai giữa cấp: điều trị viêm tai giữa

### **CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ**

## **ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

Viêm tai ứ dịch.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nghi có u cuộn cảnh.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phường tiên**

Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

Dao chích rạch màng nhĩ.

### **Người bệnh**

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

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.

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

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

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

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

Chích rạch sai vị trí có thể gây:

Tổn thương xương con.

Tổn thương cửa sổ tròn.

Tổn thương ống tai ngoài

## **ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

Viêm tai thanh dịch.

Tắc vòi nhĩ do V.A.

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

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

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

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

#### **Phường tiên**



Kính hiển vi phẫu thuật hoặc đèn gắn kính lúp.

Dao chích rạch màng nhĩ.

Ống thông khí màng nhĩ.

Ống soi tai thích hợp.

Ống hút các cỡ (vi phẫu).

Kẹp vi phẫu thẳng.

Que nhọn vi phẫu.

### **Người bệnh**

Trẻ em: gây mê.

Người lớn: có thể gây tê cục bộ.

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Khử trùng ống tai và màng nhĩ.

Chích rạch màng nhĩ (góc trước dưới).

Hút sạch trong hòm tai qua lỗ thông.

Đặt ống thông khí qua lỗ chích rạch.

Đặt tente tẩm thuốc sát khuẩn vào ống tai.

### **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

Cần theo dõi trong tuần đầu để kiểm tra tình trạng của ống thông khí, nếu có nhiều dịch, cần hút sạch.

Ống thông khí có thể đặt từ 6 tháng đến 1 năm.

Trong thời gian đặt ống tránh để nước vào tai.

Rút ống thông: cần kiểm tra thính lực và kiểm tra ống thông.

### **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Tuyệt ống thông khí: cần đặt lại qua các bước như trên. Nếu tụt vào trong hòm tai: giải phóng màng nhĩ để lấy ra.

Diễn tiến nhận: thường do thì chích rạch thô bạo và không đúng vị trí.

Trật khớp xương con: phải phẫu thuật đặt lại.

Viêm tai sau đặt ống: chỗ đặt ống không liền, gây thủng màng nhĩ, cần cho kháng sinh toàn thân và làm thuốc tai.

Tắc ống thông khí: cần được kiểm tra dưới kính hiển vi, hút và làm sạch nút tắc khỏi lỗ thông.

Cholesteatoma tai (hiếm gặp)

**LẤY DỊ VẬT MŨI**

## **ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật mũi rất đa dạng:

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

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

## **CHỈ ĐỊNH**

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phòng tiên**

Bộ khám mũi và lấy dị vật.

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

Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

Máy hút.

### **Người bệnh**

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Tư thế người bệnh**

Người lớn: ngồi trên ghế.

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

## **Vô cảm**

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

## **Kỹ thuật**

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

Dị vật để lâu, khó lấy:

+ Cố định đầu người bệnh cẩn thận.

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

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

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

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

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

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

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

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

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

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

# **NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC**

## **ĐỊNH NGHĨA**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Điều dưỡng hỗ trợ.

### **Phòng tiên**

Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

Nguồn sáng (đèn Clar).

Máy hút.

Bấc gập bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.

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

### **Người bệnh**

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

Được kiểm tra mạch, huyết áp.

### **Hồ sơ bệnh án**

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

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

### **Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

### **Kỹ thuật**

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

Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm võng và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.

Đè lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

### **Theo dõi**

Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.

Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

Giảm đau, cầm máu, chống phù nề

Rút bấc tối đa sau 48 giờ.

### **Xử trí**

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

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

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

## **NHÉT BẮC MŨI SAU**

### **ĐỊNH NGHĨA**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

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

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.



## **Phường tiên**

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

Nguồn sáng (đèn Clar).

Máy hút.

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

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

## **Người bệnh**

Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.

Kiểm tra mạch, huyết áp.

## **Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

## **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **Vô cảm**

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

### **Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

### **Kỹ thuật**

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

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

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

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

Nhét bắc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).

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

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

Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

### **Theo dõi**

Mạch, huyết áp, choáng.

Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

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

Rút bắc sau 48 giờ.

### **Xử trí**

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

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

**CẮM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL**

## **ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

### **Phường tiên**

Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).

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

Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.

Nước muối sinh lý: 01 chai.

Bình phun thuốc tê tại chỗ.

Ống hút, máy hút.

### **Người bệnh**

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

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

Được giải thích về thủ thuật

### **Hồ sơ bệnh án**

Theo qui định mẫu của Bộ Y tế.

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

#### **Kiểm tra người bệnh**

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

#### **Thực hiện kỹ thuật**

##### *Vô cảm*

Gây tê tại chỗ.

##### *Tư thế người bệnh*

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

##### *Kỹ thuật*

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

Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.

Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.

Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

### **THEO DÕI**

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

Rút merocel trong vòng 48 giờ.

### **XỬ TRÍ TAI BIÊN**

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

## **LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

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

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

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

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

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

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

### **Phương tiện**

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

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

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

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

### **Người bệnh**

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

### **Hồ sơ bệnh án**

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

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Kiểm tra hồ sơ**

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

### **Kiểm tra người bệnh**

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

### **Thực hiện kỹ thuật**

#### ***Vô cảm***

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

#### ***Tư thế người bệnh***



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

### ***Kỹ thuật***

*Soi gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael*

Người bệnh ngồi.

Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

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

Gấp dị vật bằng kìm Frankael.

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

Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.

Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.

Gấp dị vật bằng kìm gấp dị vật hạ họng.

### **THEO DÕI**

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

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

### **XỬ TRÍ TẠI BIÊN**

Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mổ cạnh cổ nếu cần.

Điều trị tràn khí nếu có.

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

## **LẤY DỊ VẬT TAI**

### **ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

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

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

### **CHỈ ĐỊNH**

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

#### **Phương tiện**

Bộ dụng cụ lấy dị vật.

Nước ấm (khoảng 37- 38°C).

#### **Người bệnh và hồ sơ bệnh án**

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Dị vật hạt**

Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

Dị vật khó lấy:

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

### **Dị vật sống**

Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.

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

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

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

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

Thuốc giảm đau cho người bệnh.

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

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

## **CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

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

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy quanh amidan chưa hoá mủ.

### **CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

## **Phường tiên**

Đèn Clar, gương trán...

Đè lưỡi khuấy.

Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.

Dao chích nhọn mũi.

Kìm Lube - Bacbông.

Máy hút.

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

## **Người bệnh**

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

## **Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

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

### **Tư thế**

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

## **Kỹ thuật**

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

Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào 0 mủ.

Dùng kim Lube - Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.

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

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **Theo dõi**

Kháng sinh toàn thân.

Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.

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

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

### **Xử trí**

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

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

## **CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG**

### **ĐỊNH NGHĨA**

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



## **CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe thành sau họng.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

### **Phường tiên**

Nguồn sáng (đèn Clar...).

Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.

Máy hút.

Đè lưỡi khuỷu.

Dao chích nhọn mũi.

### **Người bệnh**

Được quán chặt bằng khăn mo.

### **Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

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

## **Tư thế**

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

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

## **Kỹ thuật**

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

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

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

Hút sạch mủ.

## **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

### **Theo dõi**

Ngạt thở, choáng.

Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.

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

Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

### **Xử trí**

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

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

## **NẢN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

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

#### **Phòng tiên**

01 cặp khuỷu.

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

01 soi mũi.

02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.

Khăn, bác nhét mũi có tẩm dầu.

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

Ống hút và máy hút.

### **Người bệnh**

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

Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.

Thông thường xử trí chấn thương gãy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bác có thấm dung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hõm mũi hai bên.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

#### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

##### **Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê**

##### **Đối với gãy kín**

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

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

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

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

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

##### **Đối với xương chính gãy hở**

Phải xếp lại xương gãy về vị trí cũ.

Độn gạc giữ phía bên trong mũi.

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

Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

#### **THEO DÕI**

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

Nếu gãy hờ, bản, cần tiêm S.A.T.

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

### **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: nhét lại bắc cho chặt.

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

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

Viêm xoang do ứ đọng.

## **PHƯƠNG PHÁP PROETZ**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

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

### **Phương tiện**

Dụng cụ:

+ Kẹp khuỷu

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

+ Máy hút + Ampu

Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

### **Người bệnh**

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

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

Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê kê để buồng hàm đầy kín đường xuống

họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng, làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.



## **BẺ CUỐN MŨI**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

Cuốn mũi bị vầu.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

Đang viêm mũi xoang cấp.

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

#### **Phòng tiên**

Dụng cụ:

+ Kéo cong to bản đầu tù hoặc đầu tày to bản.

+ Bánh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)

+ Que bông, bác, bông y tế.

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

### **Người bệnh**

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

Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).

### **Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

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

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

### **Kỹ thuật**

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

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

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

## **THEO DÕI**

Chảy máu.

Sốc do thuốc, do đau.

Nhiễm khuẩn.

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Sốc: chống sốc.

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

## **ĐÓT CUỐN MŨI BẰNG ĐÔNG ĐIỆN**

### **ĐẠI CƯƠNG**

Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.

Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

### **CHỈ ĐỊNH**

Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.

Không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.

Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.

Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bôi nhiễm).

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

## **Phường tiên**

Dụng cụ:

+ Đông điện + Banh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).

+ Que bông, bác, bông y tế.

Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

## **Người bệnh**

Được giải thích về thủ thuật.

Có thể ngồi hoặc nằm.

Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

## **Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bác tẩm thuốc tê niêm mạc.

### **Kỹ thuật**

Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.

Tay phải cầm đông điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2cm (đuôi cuốn).

Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhẹ ra ngoài đến tận đầu cuộn dưới nhưng không để chạm vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuộn, một ở bờ tự do cuộn.

Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuộn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.

Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Khám lại sau 24 giờ.

Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ /1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.

Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.

Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuộn.

Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Ton thương vách ngăn: cho 1 đoạn bác (tắm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.

Chảy máu: nhét bác và dùng thuốc cầm máu.

Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

# **SINH THIẾT HỐC MŨI**

## **ĐẠI CƯƠNG**

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong hốc mũi để làm xét nghiệm mô bệnh học.

## **CHỈ ĐỊNH**

Các tổn thương bệnh lý của hốc mũi hoặc sàng hàm lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các phình mạch.

Sa màng não.

U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phòng tiên**

Dụng cụ:

+ Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.

+ Kẹp sinh thiết.

+ Bắc, gelaspon.

Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bắc).

### **Người bệnh**

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

### **Hồ sơ bệnh án**

Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.

Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz nếu cần.

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.

Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.

Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bắc xylocain.

Dùng kẹp bấm một mảnh to chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.

Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.

Đặt gelaspon hoặc bắc cầm máu và rút sau 24giờ.

### **THEO DÕI**

Rút bắc sau 24 giờ nếu phải nhét bắc mũi.

### **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bắc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải đặt bắc.

Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.

Sóc: chống sóc





## **CHỌC RỬA XOANG HÀM**

### **ĐẠI CƯƠNG**

Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

### **CHỈ ĐỊNH**

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

Chọc thăm dò để chẩn đoán.

**CHÔNG CHỈ ĐỊNH** (chỉ có tính chất tạm thời)

Viêm xoang cấp.

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

Dị dạng xoang.

Người bệnh có bệnh về máu.

Người có thai hoặc đang hành kinh.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

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

### **Phòng tiên**

Dụng cụ:

- + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
- + 01 soi mũi.
- + 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.
- + 01 dây cao su nối liền với kim.
- + 01 bơm tiêm 50 ml.
- + 02 que bông để gây tê.
- + 01 khay quả đậu.
- + 01 khăn nilon và khăn vải.

Thuốc: xylocain 6 - 10%.

### **Người bệnh**

Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu. Người bệnh được giải thích kỹ trước.

Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

### **Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định.

Chụp phim Blondeau.

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

#### **Vô cảm**

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

#### **Kỹ thuật**

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

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

Rút nòng trong ra.

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

Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.

Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.

Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.

Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

### **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Đề người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.

Theo dõi chảy máu, sốt.

### **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.

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

Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

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

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

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

## **CẮT POLYP MŨI**

## **ĐỊNH NGHĨA**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

Polyp gây ngạt tắc mũi.

Polyp gây rối loạn thông khí vòm nhĩ.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

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

## **CHUẨN BỊ**

### **Phường tiên**

Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.

Thòng lọng cắt polyp.

Banh mũi (Puplan, Killian).

Dao cắt hút (micro debrider).

### **Người bệnh**

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

## **1. Cắt polyp bằng thông lọng**

### ***Chỉ định***

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

### ***Kỹ thuật***

Banh mũi bằng banh Killian.

Thăm dò bằng que thăm dò.

Đặt thông lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

Đưa dần thông lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.

Thắt dần thông lọng để chẹn cuống polyp.

## **Cắt polyp bằng kìm Luc**

### ***Chỉ định***

Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.

Polyp do thoái hoá cuộn.

### ***Kỹ thuật***

Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.

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

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

Đặt bắc mũi hai bên.

## **Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)**

### ***Chỉ định***

Tất cả các loại polyp mũi.

### ***Kỹ thuật***

Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuy 30° cắt hút khối"i polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.

Đặt bắc mũi /merocel.

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**

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

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

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

Rút bắc /merocel ngày thứ 2 sau mổ.



# **PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI**

## **ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

Dị hình gây viêm xoang.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm mũi xoang cấp.

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

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phòng tiên**

Dụng cụ:

- + Dao nhỏ và nhọn số 11 và 15.
- + Các bóc tách nhỏ đầu tù và sắc.
- + Dao xén sụn của Ballanger.
- + Kẹp Luc các cỡ.
- + Kim găm sụn của Jansen.
- + Đục xương lười đuôi én.
- + Đục xương thẳng và lòng máng các cỡ.
- + Bánh mũi nhọn ngắn và dài.
- + Bánh cửa mũi của Palmer, kim mang kim.
- + Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.
- + Máy hút, Ống hút.
- + Bô nội soi.

Thuốc: xylocain 1- 2% có pha adrenalin 0,1%.

### **Người bệnh**

Làm các xét nghiệm cơ bản.

Vệ sinh hốc mũi, cắt lông cửa mũi.

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

### **Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Vô cảm**

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

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

### **Kỹ thuật**

#### ***Thì 1: Rạch niêm mạc***

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

#### ***Thì 2: Bóc tách niêm mạc***

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

#### ***Thì 3: Bộc lộ vách ngăn sụn và xương***

Dùng banh mũi kiểu Vacher đưa vào hốc mũi bên phẫu thuật, banh hai mặt niêm mạc sang hai bên đe sụn và xương vách ngăn nằm chính giữa.

#### **Thì 4: Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo**

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

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

#### **Thì 6: Đục bỏ phần chân của vách ngăn**

#### **Thì 7: Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi**

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

### **THEO DÕI**

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

Dùng kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.

Rút bắc và phim nhựa sau 3 ngày.

### **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

#### **Rách niêm mạc vách ngăn**

Rách một bên: xếp lại niêm mạc ngay ngắn.

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

#### **Chảy máu**

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

#### **Tụ máu vách ngăn**

Chích rạch tháo khô"i tụ máu sau đó nhét lại bắc mũi để chèn vào vùng đó. Chú ý cho dùng kèm kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí để phòng hoại tử gây thủng vách ngăn.

## **Di chứng**

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

Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại

# **ĐÓT HỌNG HẠT BẰNG NHIỆT VÀ ĐÔNG LẠNH**

## **ĐẠI CƯƠNG**

Đốt họng hạt là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở thành sau họng bằng nhiệt hoặc bằng đông lạnh.

## **CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng hạt mạn tính kéo dài gây kích thích, ho kéo dài hoặc loạn cảm họng.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng cấp tính.

Viêm mũi xoang cấp tính.

Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

Trẻ dưới 15 tuổi.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phòng tiên**

Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

Dụng cụ:

- + Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.
- + Bộ đốt họng bằng điện.
- + Hoặc bộ đốt lạnh chuyên dùng cho đốt họng.

### **Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Tư thế thầy thuốc và người bệnh: như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

Gây tê niêm mạc họng.

Đốt họng bằng hạt nhiệt. Để núm điện ở nấc 6 - 8 vôn là đủ (đầu đốt hơi có màu đỏ).

Đè lưỡi nhẹ nhàng và đốt từng hạt một dần dần cho hết. Khi thấy ở hạt đốt tạo một lớp giả mạc trắng do cháy lớp niêm mạc phủ trên hạt viêm là được. Tránh đốt sâu quá xuống lớp cơ sẽ tạo sẹo dày, xơ, cứng làm nuốt vướng sau này. Tránh đe que đốt nhiệt chạm vào môi, lưỡi, màn hầu làm bỏng niêm mạc.

Đốt họng hạt bằng đông lạnh.

- + Chọn đầu áp cho phù hợp với đường kính của hạt.
- + Chỉ đốt bề mặt của hạt, không gây tổn thương sâu, không đốt quá nhiều hạt trong một lần điều trị.

Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

### **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

### **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

Gây bỏng: miệng, họng

Nhiễm khuẩn: xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

Chảy máu: khi bong giả mạc (ít).





## **PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI**

### **ĐẠI CƯƠNG**

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

### **CHỈ ĐỊNH**

V.A quá phát gây cản trở đường thở.

V.A hay bị viêm tái đi tái lại.

V.A gây viêm kế cận.

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

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

#### **Chống chỉ định tuyệt đối**

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

#### **Chống chỉ định tương đối**

Đang có viêm nhiễm cấp tính.

Lao sơ nhiễm.

Trẻ hở hàm ếch.

Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

### **CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

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

#### **Phòng tiên**

Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

Optic 0 độ, 4mm.

Bộ dụng cụ cắt hút XPS lưới cong và thẳng.

Banh miệng.

Thuốc co mạch nasolin.

Dây vén màn hầu.

### **Người bệnh**

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

Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.

Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

### **Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Kiểm tra hồ sơ**

### **Kiểm tra người bệnh**

### **Gây mê toàn thân**

### **Kỹ thuật**

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

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

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

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

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

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

+ Đặt thuốc co mạch nasolin hốc mũi 2 bên.

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

+ Dùng Ống cắt hút (XPS) lưỡi thẳng tiến hành nạo V.A qua đường mũi 1 bên dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi bên đối diện.

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

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

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

- + Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.
- + Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.

Hẹn tái khám sau 5 ngày.

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

# **PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ**

**ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

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

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

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

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

### **Tạm thời**

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

Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.

Đang có dịch ổ địa phương.

Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

### **Tuyệt đối**

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

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

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

### **Phường tiên**

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thông lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thông lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

## **Người bệnh**

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

+ Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.

+ Chức năng gan, thận.

+ Chụp X Quang phổi.

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

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

## **Hồ sơ bệnh án**

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH 1. Kiểm tra hồ sơ 1. Kiểm tra người bệnh**

### **Vô cảm**

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thông lọng (Anse) dưới gây mê.

### **Tư thế**



Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.

Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

### **Kỹ thuật**

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

Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.

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

Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. cầm máu bằng bông cầu tẩm oxy già (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) 12 đơn vị thể tích. Trường hợp có chảy máu thì cặp buộc, đốt muối nitrat bạc 5-10%, đặt cục gạc vào hố amidan khô trụ tạm thời 24 giờ, đốt điện thậm chí có thể thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

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

Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.

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

## **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. xử trí là cầm máu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khô trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

# **PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHÌ**

## **ĐẠI CƯƠNG**

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

## **CHỈ ĐỊNH**

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định tương đối:

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

Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **Phường tiên**

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

Thuốc: xylocain 2%, xanh methylen.

### **Người bệnh**

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

### **Hồ sơ bệnh án**

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

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Tư thế người bệnh**

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

### **Vô cảm**

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

### **Kỹ thuật**

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

Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

Băng ép.

## **THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

Thay băng 2 ngày một lần.

Kháng sinh 5 - 7 ngày.

## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

Viêm sụn vành tai.

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

## **PHẪU THUẬT NANG RÒ GIÁP LƯỖI**

### **ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nang rò giáp lưỡì là phẫu thuật lấy bỏ nang rò kèm theo đường rò giáp lưỡì đi từ nang dính vào mặt sau thân xương móng và đi tới lỗ tịt.

### **CHỈ ĐỊNH**

Các nang vùng cổ trước dính vào xương móng di động theo nhịp nuốt.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không thấy hình ảnh tuyến giáp trên siêu âm vùng cổ.

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê hay gây tê và phẫu thuật được.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên, được đào tạo về phẫu thuật đầu cổ.

01 Bác sỹ Tai Mũi Họng trợ giúp.

01 Bác sỹ Gây mê hồi sức.

01 Kỹ thuật viên Gây mê hồi sức.

01 Điều dưỡng trợ giúp.

### **Phòng tiên**

Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng cổ.

Kéo cắt xương móng, máy hút, đông điện.

### **Người bệnh**

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của phẫu thuật.

### **Hồ sơ bệnh án**

Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.

Siêu âm vùng cổ hoặc chụp cắt lớp vi tính vùng cổ để xác định vị trí, kích thước, mật độ khối u cũng như tình trạng tuyến giáp lạc chỗ.

Làm bệnh án theo mẫu.

## **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

### **Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, siêu âm vùng cổ.

## **Kiểm tra người bệnh**

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá vị trí, kích thước, mật độ khối u và tìm hiểu các bệnh lý toàn thân có liên quan (nếu có).

## **Thực hiện kỹ thuật**

### ***Vô cảm***

Gây mê nội khí quản, gây tê trong trường hợp người bệnh không có khả năng gây mê.

### ***Tư thế người bệnh***

Người bệnh nằm ngửa, kê gối vai.

### ***Kỹ thuật***

Rạch da vùng cơ trước ngang mức khối phồng, đường rạch đi từ bờ trước cơ ức đòn chũm bên này sang bờ trước cơ ức đòn chũm bên kia. Rạch tiếp tục qua lớp mỡ dưới da và lớp cơ da, bóc tách vạt da bọc lô mặt trước của các cơ dưới móng cho đến tận bờ trên xương móng.

Rạch đường trắng giữa, bóc tách khối u nang ra khỏi các lớp cơ dưới móng cho đến tận chỗ bám của khối vào thân xương móng.

Bóc tách chỗ bám của các cơ trên móng và dưới móng vào thân xương móng. Cắt thân xương móng.

Tiếp tục bóc tách đường rò đến lỗ tịt. Kẹp buộc và cắt bỏ đường rò ở sát lỗ tịt.

Khâu đáy lưỡi, khâu cơ trên móng và dưới móng, đặt dẫn lưu, khâu phục hồi các lớp cơ da và da theo bình diện giải phẫu.

## **THEO DÕI**

Cho kháng sinh 5 ngày.

Rút dẫn lưu (nếu có) trong vòng 48 giờ.



## **TAI BIÊN VÀ XỬ TRÍ**

Nhiễm khuẩn vết mổ.

Chảy máu hình thành khối máu tụ vùng cổ, đôi khi gây khó thở cần mở lại vết mổ, lấy sạch máu đọng, cầm máu.

Thủng hạ họng trong quá trình bóc tách lấy bỏ khối u cần được khâu phục hồi.

# **CẮT PHANH LƯỖI**

## **ĐẠI CƯƠNG**

Phanh lưỡi hay còn gọi là hãm lưỡi đi từ sàn miệng đến mặt dưới của lưỡi. Khi phanh lưỡi quá ngắn làm lưỡi bị kéo xuống gây hạn chế di động của lưỡi gây nói khó, nói ngọng thì phải phẫu thuật cắt phanh lưỡi.

## **CHỈ ĐỊNH**

Khi phanh lưỡi quá ngắn ảnh hưởng tới vận động của lưỡi.

## **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không.

## **CHUẨN BỊ**

### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.

Điều dưỡng trợ giúp.

### **Phòng tiên**

01 kéo sim nhỏ.

02 kẹp phẫu tích cầm máu, không màu.

Gạc nhỏ hoặc củ ấu.

Đồng điện (nếu có).

Thuốc tê xịt (lidocain 10%).

### **Người bệnh**

Giải thích kỹ cho người bệnh hoặc bố" mẹ (nếu người bệnh là trẻ nhỏ).

Có đầy đủ xét nghiệm: máu chảy, máu đông, HIV..

### **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

Người bệnh ngồi, há miệng, lưỡi cong lên (nếu là bệnh nhi phải bó chặt trẻ trong một tấm vải trải giường to, mở miệng để trẻ không cắn hàm lại được).

Gây tê tại chỗ bằng xịt hoặc đặt bông thấm Lidocain.

Kẹp hãm lưỡi sát mặt dưới của lưỡi bằng kẹp phẫu tích cầm máu không lưỡi, kéo nhẹ ra trước lên trên căng phanh lưỡi ra

Dùng kéo nhỏ cắt phanh lưỡi ngay dưới kẹp phẫu tích cầm máu, cắt từ trước ra sau đến sát chân lưỡi.

Bỏ kẹp phẫu tích kẹp ra thông thường không có chảy máu. Nếu có chảy máu cầm máu bằng đông điện hoặc đặt thuốc co mạch tại chỗ.

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU PHAU THUẬT**

Chảy máu: hiếm gặp, cầm máu bằng đông điện hoặc thuốc co mạch đặt tại chỗ.

Đề phòng nhiễm trùng: cho kháng sinh uống.

Phòng nề sàn miệng: cho thuốc chống phù nề.

