**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH MẮT**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2005/QĐ-TTYT ngày 20/9/2022*

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[1. PHẪU THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ QUẢN - ỐNG LỆ MŨI 4](#_Toc113546334)

[2. PHẪU THUẬT MỘNG CÓ GHÉP (KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN, MÀNG ỐI) CÓ HOẶC KHÔNG ÁP THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA (5FU HOẶC MMC) 8](#_Toc113546335)

[3. PHẪU THUẬT MỘNG CÓ GHÉP (KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN, MÀNG ỐI.) CÓ HOẶC KHÔNG ÁP THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA (5FU HOẶC MMC) 13](#_Toc113546336)

[4. LẤY DỊ VẬT HỐC MẮT 18](#_Toc113546337)

[5. LẤY DỊ VẬT TRONG CỦNG MẠC 21](#_Toc113546338)

[6. LẤY DỊ VẬT TIỀN PHÒNG 23](#_Toc113546339)

[7. TÁI TẠO LỆ QUẢN KẾT HỢP KHÂU MI 26](#_Toc113546340)

[8. CẮT U DA MI KHÔNG GHÉP 30](#_Toc113546341)

[9. CẮT U KẾT MẠC CÓ HOẶC KHÔNG U GIÁC MẠC KHÔNG GHÉP 32](#_Toc113546342)

[10. CẮT U KẾT MẠC, GIÁC MẠC CÓ GHÉP KẾT MẠC, MÀNG ỐI HOẶC GIÁC MẠC 35](#_Toc113546343)

[11. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT SỤP MI 38](#_Toc113546344)

[12. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT LÁC, SỤP MI 40](#_Toc113546345)

[13. CẮT BÈ CÓ SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA HOẶC CHẤT ANTI VEGF 42](#_Toc113546346)

[14. MỞ BÈ CÓ HOẶC KHÔNG CẮT BÈ 45](#_Toc113546347)

[15. CẮT BỎ TÚI LỆ 48](#_Toc113546348)

[16. PHẪU THUẬT MỘNG ĐƠN THUẦN 51](#_Toc113546349)

[17. LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC SÂU 55](#_Toc113546350)

[18. CẮT BỎ CHẮP CÓ BỌC 57](#_Toc113546351)

[19. KHÂU CÒ MI, THÁO CÒ 59](#_Toc113546352)

[20. CHÍCH DẪN LƯU TÚI LỆ 61](#_Toc113546353)

[21. KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN 63](#_Toc113546354)

[22. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI 66](#_Toc113546355)

[23. XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, TỔN THƯƠNG NÔNG VÙNG MẮT 69](#_Toc113546356)

[24. KHÂU PHỦ KẾT MẠC 72](#_Toc113546357)

[25. KHÂU GIÁC MẠC 76](#_Toc113546358)

[26. KHÂU CỦNG MẠC 80](#_Toc113546359)

[27. CẮT BÈ 84](#_Toc113546360)

[28. PHẪU THUẬT QUẶM 87](#_Toc113546361)

[29. PHẪU THUẬT QUẶM TÁI PHÁT 91](#_Toc113546362)

[30. CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC 95](#_Toc113546363)

[31. TIÊM DƯỚI KẾT MẠC 97](#_Toc113546364)

[32. TIÊM CẠNH NHÃN CẦU 99](#_Toc113546365)

[33. TIÊM HẬU NHÃN CẦU 101](#_Toc113546366)

[34. BƠM THÔNG LỆ ĐẠO 103](#_Toc113546367)

[35. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC 106](#_Toc113546368)

[36. KHÂU KẾT MẠc 108](#_Toc113546369)

[37. LẤY CALCI KẾT MẠC 110](#_Toc113546370)

[38. CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN 112](#_Toc113546371)

[39. CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC 114](#_Toc113546372)

[40. ĐỐT LÔNG XIÊU,NHỔ LÔNG XIÊU 116](#_Toc113546373)

[41. BƠM RỬA LỆ ĐẠO 118](#_Toc113546374)

[42. CHÍCH CHẮP, LẸO, NANG LÔNG MI; CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC 120](#_Toc113546375)

[43. THAY BĂNG VÔ KHUẨN 122](#_Toc113546376)

[44. TRA THUỐC NHỎ MẮT 124](#_Toc113546377)

[45. NẶN TUYẾN BỜ MI, ĐÁNH BỜ MI 127](#_Toc113546378)

[46. RỬA CÙNG ĐỒ 129](#_Toc113546379)

[47. CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU 131](#_Toc113546380)

[48. BÓC SỢI GIÁC MẠC 133](#_Toc113546381)

[49. BÓC GIẢ MẠC 135](#_Toc113546382)

[50. RẠCH ÁP XE MI 137](#_Toc113546383)

[51. RẠCH ÁP XE TÚI LỆ 139](#_Toc113546384)

[52. SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP 141](#_Toc113546385)

[53. THEO DÕI NHÃN ÁP 3 NGÀY 143](#_Toc113546386)

[54. KHÁM LÂM SÀNG MẮT 146](#_Toc113546387)

[55. GÂY MÊ ĐỂ KHÁM 148](#_Toc113546388)

[56. ĐO NHÃN ÁP 150](#_Toc113546389)

[57. ĐO KHÚC XẠ KHÁCH QUAN (SOI BÓNG ĐỒNG TỬ - SKIASCOPE) 158](#_Toc113546390)

[58. ĐO KHÚC XẠ MÁY 161](#_Toc113546391)

[59. ĐO THỊ LỰC 163](#_Toc113546392)

[60. THỬ KÍNH 165](#_Toc113546393)

1. PHẪU THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ QUẢN -

ỐNG LỆ MŨI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt ống silicon lệ quản - ống 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 trán 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 ngách mũi dưới) 5 - 10 phút trước khi đặt ống.

- Nong điểm lệ bằng que nong điểm 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 ngách 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 điểm 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 điểm 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.

**2. PHẪU THUẬT MỘNG CÓ GHÉP (KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN, MÀNG ỐI) CÓ HOẶC KHÔNG ÁP THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA (5FU HOẶC MMC)**

**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**

**3.2.1. Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân**

- Đặt vành mi bộc 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 (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài đẻ tránh cắt đứt cơ).

Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc 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 cục lệ, 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 đính 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 cùng 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.

**3.2.2. Phẫu thuật phẫu thuật mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế**

**miễn dịch)**

Chỉ định các trưòng hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát

không đủ kết mạc để ghép.

Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật mộng ghép

kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:

Đặt mẩu gelaspon kích thước bằng diện củng mạc vừa phẫu tích (khoảng 2x3mm)

có tẩm thuốc chống chuyển hóa nồng độ (tùy theo loại thuốc) vào diện củng mạc

vừa phẫu tích thân mộng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác

mạc.

Lấy mẩu gelasspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20ml).

Khâu cố định vạt kết mạc thân mộng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa

2mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mộng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu

được khâu đính kín với kết mạc lành.

**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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**3. PHẪU THUẬT MỘNG CÓ GHÉP (KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN, MÀNG ỐI.) CÓ HOẶC KHÔNG ÁP THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA (5FU HOẶC MMC)**

**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**

**3.2.1. Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân**

- Đặt vành mi bộc 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 (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài đẻ tránh cắt đứt cơ).

Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc 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 cục lệ, 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 đính 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 cùng 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.

**3.2.2. Phẫu thuật phẫu thuật mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế**

**miễn dịch)**

Chỉ định các trưòng hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát

không đủ kết mạc để ghép.

Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật mộng ghép

kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:

Đặt mẩu gelaspon kích thước bằng diện củng mạc vừa phẫu tích (khoảng 2x3mm)

có tẩm thuốc chống chuyển hóa nồng độ (tùy theo loại thuốc) vào diện củng mạc

vừa phẫu tích thân mộng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác

mạc.

Lấy mẩu gelasspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20ml).

Khâu cố định vạt kết mạc thân mộng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa

2mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mộng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu

được khâu đính kín với kết mạc lành.

**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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

## 4. LẤY DỊ VẬT HỐC 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 hốc mắt, chú ý khi bộc lộ không làm cho dị vật vào sâu thêm.

- Dùng forcep gắp 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 prolen 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 sưng 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. XỬ LÝ TAI BIẾN**

- Tổn thương cơ vận nhãn: nên luồn 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.

**5. LẤY DỊ VẬT TRONG CỦNG MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy dị vật trong củng mạc là phẫu thuật đẻ loại bỏ dị vật ra khỏi củng mạc

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật củng mạc

**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**

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Sinh hiển vi

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám mắt để quyết định lấy dị vật củng mạc

- Người bệnh được giải thích kỹ về các biến chứng phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ 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 hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

- Cố định mi bằng vành mi.

- Mở kết mạc  để bộc lộ toàn bộ dị vật và tổn thương củng mạc

- Lấy dị vật củng mạc ,nếu có thoát dịnh kính thì cần cắt dịnh kính tại vết rách củng mạc

- Khâu vết rách củng mạc

- Khâu phục hồi kết mạc.

- Tra kháng sinh, băng mắt

**VI. THEO DÕI**

- Kháng sinh mạnh và chống viêm tại chỗ và toàn thân.

- Khám mắt người bệnh hằng ngày để phát hiện sớm và xử trí các biến chứng: xuất huyết, nhiễm trùng, viêm màng bồ đào...

- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 2 - 3 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tăng sinh dịch kính võng mạc: Chống viêm nội nhãn,cắt dịch kính

- Viêm nội nhãn: tiêm kháng sinh nội nhãn,cắt dịch kính,kháng sinh toàn thân

- Xuất huyết dịch kính: kháng viêm, tiêu máu, cắt dịch kính.

6. LẤY DỊ VẬT TIỀN PHÒNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lấy dị vật bằng nam châm từ ngoài nhãn cầu trong các trường hợp sau:

+ Dị vật có từ tính nằm phần trước nhãn cầu hoặc lơ lửng trong buồng dịch kính.

+ Dị vật cắm vào củng mạc ở phía trước, gần vùng Pars plana.

- Lấy dị vật trong nhãn cầu bằng nam châm nội nhãn qua Pars plana được áp dụng khi, dị vật có từ tính lơ lửng trong buồng dịch kính.

- Lấy dị vật trong nhãn cầu bằng phẫu thuật cắt dịch kính qua Pars plana phối hợp gắp dị vật bằng kẹp phẫu tích được áp dụng khi:

+ Dị vật khôn từ tính

+ Dị vật cắm vào thành nhãn cầu đặc biệt dị vật ở gần cực sau.

+ Dị vật đã bọc bởi tổ chức xơ.

+ Dị vật đã được lấy bằng phương pháp dùng nam châm không được.

+ Dị vật gây đục, tổ chức hóa dịch kính nhiều.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

- Tình trạng toàn thân không cho phép tiến hành phẫu thuật.

- Không lấy dị vật trong nhãn cầu bằng nam châm nội và ngoài nhãn cầu khi:

+ Dị vật không có từ tính.

+ Dị vật cắm vào thành nhãn cầu ở gần cực sau.

+ Dị vật nằm lâu trong dịch kính có bao xơ chắc bao bọc.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2 . Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật có kẹp phẫu tích gắp dị vật nội nhãn.

- Nam châm nội và ngoài nhãn cầu.

- Máy cắt dịch kính, máy lạnh đông, máy laser nội nhãn, khí nở...

**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.

+ Xquang hốc mắt thẳng nghiêng có khu trú Baltin nhằm xác định dị vật cản quang ở phần sau nhãn cầu và chụp Vogt nhằm xác định dị vật cản quang ở phần trước nhãn cầu (chỉ được tiến hành sau khi đã khâu kín vết thương hoặc vết thương đã tự liền sẹo).

+ 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.

+ Điện võng mạc thường được tiến hành trong trường hợp có nhiễm kim loại

- 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 nội khí quản hoặc tĩnh mạch

**3.2. Các bước phẫu thuật**

*3.2.1. Lấy dị vật trong tiền phòng*

- 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 gắp 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 gắp 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 gắp dị vật qua vết thương giác mạc rồi khâu đóng vết thương giác mạc và xử trí các tổ chức phòi 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 rời 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.

*3.2.2. 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, dãn đồng tử.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: dùng điện đông đốt cầm máu tại chỗ. 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.

7. TÁI TẠO LỆ QUẢN KẾT HỢP KHÂU MI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tái tạo lệ quản đứt 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**

* Đứt 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**

- Hiển 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 mặt 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 khi trẻ không hợp tác.

**3.2. Kỹ thuật**

*3.2.1. 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 nilon, 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. Thắt 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 nilon 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. Thắt chỉ nilon 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.

*3.2.2. Phương pháp đặt ống Mini – Monoka*

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.

Dùng que nong rộng điểm lệ

Đặt ống Mini – Monoka vào lòng lệ quản đứt, cố định đầu ống vào điểm lệ

Khâu nối hai đầu lệ quản đứt bằng chỉ 6-0 hoặc 7-0

Khâu phục hồi tổ chức da bằng chỉ 6-0 hoặc 7-0

Khâu phục hồi bờ mi

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.

8. CẮT U DA MI KHÔNG GHÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u da mi nhằm loại bỏ khối u da mi và làm xét nghiệm mô bệnh học (giải phẫu bệnh).

1. CHỈ ĐỊNH

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

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

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

1. Phương tiện

Một bộ dụng cụ cắt u tạo hình.

Thanh đè nhựa, kim loại.

Máy hút, dao điện.

1. Người bệnh

Khám mắt toàn diện.

Chụp Xquang phổi nếu là ung thư mi.

Chụp hố 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.

1. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Kiểm tra hồ sơ**
3. **Kiểm tra người bệnh**
4. **Thực hiện kỹ thuật**
   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.

* 1. ***Kỹ thuật***

- Đặt thanh đè 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 u được cắt bỏ (gửi giải phẫu bệnh).

- Phục hồi mi: Lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu

- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

1. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

1. **BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**
2. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

1. 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.

9. CẮT U KẾT MẠC CÓ HOẶC KHÔNG U GIÁC MẠC KHÔNG GHÉP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

     Cắt u kết mạc là phẫu thuật để loại bỏ u kết mạc khỏi nhãn cầu

**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

- Dặn 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 mộng gọt 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, 10-0

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

**1. Trong phẫu thuật**

Cần cầm máu và thấm máu tốt vùng phẫu thuật. Cẩn 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 TRÍ 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.

**10. CẮT U KẾT MẠC, GIÁC MẠC CÓ GHÉP KẾT MẠC, MÀNG ỐI HOẶC GIÁC MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

     Cắt u kết mạc,giác mạc có ghép kết mạc,màng ối,giác mạc là phẫu thuật để loại bỏ u kết mạc,giác mạc khỏi nhãn cầu có kết hợp vá kết mạc,màng ối,giác mạc khi khối u lớn gây mất tổ chức nhãn cầu nhiều

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U kích thước lớn  phát triển vào giác mạc gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực.

- U kích thướ  lớn 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

- Dặn 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 mộng gọt phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

- Tạo vạt kết mạc,màng ối,giác mạc vừa với diện tích u cắt bỏ

- Cầm máu, khâu vạt kết mạc,màng ối,giác mạc  lên phần khối u đã được cắt bỏ  bằng chỉ tiêu chậm 8-0 hoặc chỉ nilon 9-0.,,trên giác mạc là chỉ nilon 10.0

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

**1. Trong phẫu thuật**

Cần cầm máu và thấm máu tốt vùng phẫu thuật. Cẩn 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 TRÍ 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.

11. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT SỤP MI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu da mi sau PT sụp mi đúng thời điểm giúp cho da mi liền tốt,sẹo liền đẹp hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

-  Vết khâu da mi đã liền tốt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt, KTV chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**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**

-  Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

-  Dùng phanh kẹp chỉ,kéo cắt đứt chỉ khâu

-  Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra

- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

**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, kháng sinh tại chỗ.

## 12. CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT LÁC, SỤP MI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu da mi sau PT sụp mi đúng thời điểm giúp cho da mi liền tốt,sẹo liền đẹp hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

-  Vết khâu da mi đã liền tốt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt, KTV chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**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**

-  Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

-  Dùng phanh kẹp chỉ,kéo cắt đứt chỉ khâu

-  Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra

- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

**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, kháng sinh tại chỗ.

## 13. CẮT BÈ CÓ SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA HOẶC CHẤT ANTI VEGF

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt bè củng 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.

- Hiển 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 5 FU

- 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 cựa 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 mống mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với mống 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**

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 mống mắt hoặc do máu; Bọng 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 bọng; Xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

**14. MỞ BÈ CÓ HOẶC KHÔNG CẮT BÈ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật mở bè có cắt bè củng 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. CHẨN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng**

- Khám:

+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Giác mạc phù đục.

+ Đồng tử giãn, biến dạng méo, dính.

+ Nhãn áp tăng cao trên 25mmHg.

- Gai thị: Có thể cương tụ hay lõm gai rộng.

- Soi góc tiền phòng, chẩn đoán góc đóng hay góc mở.

**2. Cận lâm sàng**

- Thị trường thu hẹp nếu đến muộn.

- Chụp cắt lớp vi tính võng mạc: Lớp sợi thần kinh quanh gai teo mỏng

**III. 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.

**IV. 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.

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Mắt.**

**2. Phương tiện**

-  Dụng cụ vi phẫu.

-  Hiển vi phẫu thuật.

-  Thuốc: sát trùng, gây tê, thuốc tiêm, tra sau phẫu thuật.

**3. Xét nghiệm cận lâm sàng**

- Khám toàn thân: Tim, phổi, huyết áp, tai mũi họng.

- Xét nghiệm: công thức máu, đường máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu.

- Có điều kiện: Chụp XQuang tim phổi, siêu âm tim, điện tim đồ.

- Nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

**4. 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.

**5. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.**

**VI. 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 hoá.

- 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 cựa 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 mống mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với mống 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.

**VII. 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.

-  Khám lại mắt định kỳ 6 tháng/lần

**VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Xơ hóa dưới kết mạc; Tắc miệng trong lỗ rò do mống mắt hoặc do máu; Bọng 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 bọng; Xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

15. 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.

**16. PHẪU THUẬT MỘNG ĐƠN THUẦN**

**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**

**3.2.1. Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân**

- Đặt vành mi bộc 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 (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài đẻ tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc 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 cục lệ, 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 đính 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 cùng 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.

**3.2.2. Phẫu thuật phẫu thuật mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miễn dịch)**

Chỉ định các trưòng hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát không đủ kết mạc để ghép.

Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật mộng ghép kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:

Đặt mẩu gelaspon kích thước bằng diện củng mạc vừa phẫu tích (khoảng 2x3mm) có tẩm thuốc chống chuyển hóa nồng độ (tùy theo loại thuốc) vào diện củng mạc vừa phẫu tích thân mộng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác mạc.

Lấy mẩu gelasspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20ml).

Khâu cố định vạt kết mạc thân mộng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa 2mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mộng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu được khâu đính kín với kết mạc lành.

**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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**17.** **LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Dị vật giác mạc sâu

**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 đị vật giác mạc

- 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.

**18. 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 lẹo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chắp, lẹo đang sưng 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 chắp. Chú ý vặn ốc vừa phải.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắp, 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 chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.

- 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.

**19. 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 mĩ.

**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.

**20. 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.

**21.** **KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN**

**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**

- Hiển 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 gắp 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 bẩn, 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 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 bẩn, 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.

**22. 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**

- Hiển 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 gắp 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 bẩn, 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.

**23. XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, TỔN THƯƠNG NÔNG VÙNG MẮT**

**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**

- Hiển 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 gắp 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 bẩn, 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 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 bẩn, 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.

**24. KHÂU PHỦ KẾT 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, vỡ 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 liền kim nilon 10-0 đối với vết thương giác mạc, nilon 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 vỡ nhãn cầu nặng để tránh phòi 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 phòi 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 bẩn 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 phòi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.

- Xử trí các tổ chức phòi kẹt: cắt lọc hết sức hạn chế

+ Mống mắt

• Người bệnh đến sớm, mống mắt sạch chưa bị hoại tử, có thể đẩy lại mống mắt vào trong tiền phòng.

• Người bệnh đến muộn mống mắt đã bị hoại tử, cần cắt bỏ.

+ Thể mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thể mi hết sức tiết kiệm khi thể mi bị hoại tử, hóa mủ.

+ Thủy tinh thể đục vỡ: 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 phòi kẹt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.

+ Võng mạc kẹt nên được bảo tồn tối đa và đẩy qua mép vết thương vào trong nội nhãn.

**VI. THEO DÕI**

- 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 phồng 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.

+ Dãn 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như mống 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 nhày vào tiền phòng để cầm máu.

- Không tái tạo được tiền phòng.

+ Do khâu dính mống 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 tống khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phòi 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).

25. KHÂU GIÁC MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương giác  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  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, 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, vỡ 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 liền kim nilon 10-0 đối với vết thương giác mạc, nilon 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 vỡ nhãn cầu nặng để tránh phòi 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 phòi 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 bẩn bám mép vết thương.

- Tách dính mống mắt: dùng spatul tách dính giữa mống mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.

- Khâu giác mạc:

+ Vết rách giác mạc vùng rìa khâu bằng chỉ nilon 9-10, vết rách giác mạc trung tâm khâu bằng chỉ nilon 10-0.

+ Khâu mũi rời hoặc khâu vắt.

+ 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 rồi củng mạc.

• Vết thương góc cạnh, mũi chỉ 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 trục 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 mống mắt, chất thủy tinh thể đục vỡ hoặc dịch kính với giác mạc rách.

**VI. THEO DÕI**

- 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 phồng 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.

+ Dãn 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như mống 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 nhày vào tiền phòng để cầm máu.

- Không tái tạo được tiền phòng.

+ Do khâu dính mống 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 tống khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phòi 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).

26. KHÂU CỦNG MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương 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 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, vỡ 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 liền kim nilon 10-0 đối với vết thương giác mạc, nilon 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 vỡ nhãn cầu nặng để tránh phòi 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 phòi 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 bẩn bám mép vết thương.

- Tách dính mống mắt: dùng spatul tách dính giữa mống mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.

- 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 phòi tổ chức nội nhãn và xuất huyết tống khứ.

- Chú ý không để kẹt, dính mống 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**

- 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 củng 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 phồng 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.

+ Dãn 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như mống 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 nhày vào tiền phòng để cầm máu.

- Không tái tạo được tiền phòng.

+ Do khâu dính mống 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 tống khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phòi 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).

**27. CẮT BÈ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt bè củng 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.

- Hiển 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 5 FU

- 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 cựa 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 mống mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với mống 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**

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 mống mắt hoặc do máu; Bọng 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 bọng; Xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

28. PHẪU THUẬT QUẶM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật quặm là phẫu thuật tạo hình giải quyết tình trạng lông mi cọ vào giác mạc do biến chứng của bệnh mắt hột gây sẹo kết mạc, biến dạng sụn mi, co quắp cơ vòng cung.…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Quặm mi do sẹo kết mạc biến dạng sụn mi.

**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 chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ

**2. Kỹ thuật**

**2.1. Phương pháp Panas**

- Rạch da mi và bộc lộ sụn mi:

+ Đường rạch da đi suốt từ góc trong ra góc ngoài của mi mắt, song song với bờ mi và cách bờ mi 2mm.

+ Tách mép da phía trên khi thấy bờ trên sụn và một phần cân treo sụn, tách mép da phía dưới đến khi thấy bóng hàng chân lông mi.

+ Cắt sụn mi: với lưỡi dao nằm ngang suốt từ góc nọ sang góc kia của mắt, đường cắt cách bờ sụn dưới 2mm.

- Đặt chỉ khâu sụn mi:

+ Đặt 4 nốt chỉ rời nhau, cách quãng đều nhau. Luồn kim từ trên xuống dưới, kim móc vào phên treo sụn và một phần bờ trên sụn rồi trườn qua đằng trước nửa trên và nửa dưới của sụn, tiếp đó luồn qua đằng sau hàng chân lông mi rồi ra ngoài da.

+ Vuốt 2 mép da để hai nửa sụn sát lại với nhau, rồi thắt nhẹ từng nốt chỉ. Tập trung 4 đầu chỉ lên trên da trán.

+ Khâu da.

+ Băng mắt.

+ Cắt chỉ sau 5 ngày.

+ Chú ý: khi cắt sụn góc trong hay bị chảy máu do cắt vào động mạch mi trên và trong nên phải cặp cầm máu tốt.

- Theo dõi sau phẫu thuật: nhiễm khuẩn, mào thịt thừa, viêm dày bờ mi.

**2.2. Phương pháp Trabu**

Phương pháp này được dùng khi độ quặm nhẹ, sụn mi còn mỏng chưa bị biến dạng nhiều, chưa bị cuộn sụn lại.

- Lật mi và cố định mi trên: đặt 2 sợi chỉ ở 2 góc mi về phía ngoài da. Đặt thanh đè Trabut để lật mi, móc 2 sợi chỉ vào các móc của thanh đè theo hình số 8 để bộc lộ mặt trong của mi.

- Rạch kết mạc và sụn bằng dao theo 1 đường rạch song song với bờ mi, cách bờ mi 2mm. Luồn mũi kéo qua đường rạch, cắt nốt sụn cho gọn rồi dùng mũi kéo tách sụn ra khỏi bình diện da. Nếu sụn dày thì hớt cho mỏng.

- Đặt chỉ: dùng 4 đoạn chỉ dài 20cm, mỗi đầu chỉ mang 1 kim. Đặt 4 nút chỉ hình chữ U: cầm 1 kim chọc thủng phần sụn trên cách mép sụn 1mm, luồn kim vào khe phân cách giữa sụn và da, thọc kim ra phía rìa bờ mi cách sau hàng lông mi 1mm. Đầu kim kia chọc thủng sụn ở 1 điểm cách mép 1mm và cách điểm trước 3mm rồi cũng đưa ra ngoài bờ mi như mũi chỉ trước (đặt 2 vòng chỉ ở giữa trước, sau đó đặt 2 vòng chỉ ở góc).

- Thắt 2 mối chỉ của 1 chữ U với nhau trên một miếng gạc cuộn tròn hoặc 1 mảnh xốp tròn.

- Băng mắt.

**2.3. Phương pháp Cuenod Nataf**

Hiện nay phương pháp này thường được áp dụng nhiều hơn vì ít biến chứng.

- Rạch bờ tự do mi mắt bằng dao lam có cán hoặc dao lưỡi nhỏ, đường rạch sâu khoảng 1mm.

- Rạch da cách hàng lông mi 2mm, đường rạch da đi song song với bờ mi từ góc trong ra góc ngoài.

- Bộc lộ sụn, cắt gọt bớt sụn bị cuộn dày lên và thoái hóa theo hình lòng máng dọc theo chiều dài sụn.

- Khâu hình chữ U: đường kim chỉ đi từ bờ mi, móc tựa vào bờ trên của sụn và quay kim trở ra bờ mi, đáy chữ U ở phần trên của sụn.

- Kéo 4 chỉ chữ U nếu chưa đủ vểnh có thể bổ sung:

+ Cắt thêm tam giác da ở phía góc ngoài của mắt tiếp nối đường da đã rạch

+ Hoặc dùng kéo bấm vào bờ mi ở 2 góc mi.

- Khâu da 3-4 nốt chỉ mũi rời hoặc khâu vắt.

- Băng mắt.

- Chú ý: khi da mi của người bệnh có hiện tượng thừa da có thể cắt bỏ bớt mảnh da thừa theo hình múi cam, chiều cao của phần da cắt bỏ nhiều hay ít tùy theo độ thừa của da mi.

**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.

- Thủng kết mạc sụn nếu gọt sụn quá sâu: phải dừng lại không làm thủng tiếp.

**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.

29. PHẪU THUẬT QUẶM TÁI PHÁT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật quặm tái phát là phẫu thuật tạo hình giải quyết tình trạng lông mi cọ vào giác mạc sau phẫu thuật quặm trước đó tái phát.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Quặm mi tái phát

**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 chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ

**2. Kỹ thuật**

**2.1. Phương pháp Panas**

- Rạch da mi và bộc lộ sụn mi:

+ Đường rạch da đi suốt từ góc trong ra góc ngoài của mi mắt, song song với bờ mi và cách bờ mi 2mm.

+ Tách mép da phía trên khi thấy bờ trên sụn và một phần cân treo sụn, tách mép da phía dưới đến khi thấy bóng hàng chân lông mi.

+ Cắt sụn mi: với lưỡi dao nằm ngang suốt từ góc nọ sang góc kia của mắt, đường cắt cách bờ sụn dưới 2mm.

- Đặt chỉ khâu sụn mi:

+ Đặt 4 nốt chỉ rời nhau, cách quãng đều nhau. Luồn kim từ trên xuống dưới, kim móc vào phên treo sụn và một phần bờ trên sụn rồi trườn qua đằng trước nửa trên và nửa dưới của sụn, tiếp đó luồn qua đằng sau hàng chân lông mi rồi ra ngoài da.

+ Vuốt 2 mép da để hai nửa sụn sát lại với nhau, rồi thắt nhẹ từng nốt chỉ. Tập trung 4 đầu chỉ lên trên da trán.

+ Khâu da.

+ Băng mắt.

+ Cắt chỉ sau 5 ngày.

+ Chú ý: khi cắt sụn góc trong hay bị chảy máu do cắt vào động mạch mi trên và trong nên phải cặp cầm máu tốt.

- Theo dõi sau phẫu thuật: nhiễm khuẩn, mào thịt thừa, viêm dày bờ mi.

**2.2. Phương pháp Trabu**

Phương pháp này được dùng khi độ quặm nhẹ, sụn mi còn mỏng chưa bị biến dạng nhiều, chưa bị cuộn sụn lại.

- Lật mi và cố định mi trên: đặt 2 sợi chỉ ở 2 góc mi về phía ngoài da. Đặt thanh đè Trabut để lật mi, móc 2 sợi chỉ vào các móc của thanh đè theo hình số 8 để bộc lộ mặt trong của mi.

- Rạch kết mạc và sụn bằng dao theo 1 đường rạch song song với bờ mi, cách bờ mi 2mm. Luồn mũi kéo qua đường rạch, cắt nốt sụn cho gọn rồi dùng mũi kéo tách sụn ra khỏi bình diện da. Nếu sụn dày thì hớt cho mỏng.

- Đặt chỉ: dùng 4 đoạn chỉ dài 20cm, mỗi đầu chỉ mang 1 kim. Đặt 4 nút chỉ hình chữ U: cầm 1 kim chọc thủng phần sụn trên cách mép sụn 1mm, luồn kim vào khe phân cách giữa sụn và da, thọc kim ra phía rìa bờ mi cách sau hàng lông mi 1mm. Đầu kim kia chọc thủng sụn ở 1 điểm cách mép 1mm và cách điểm trước 3mm rồi cũng đưa ra ngoài bờ mi như mũi chỉ trước (đặt 2 vòng chỉ ở giữa trước, sau đó đặt 2 vòng chỉ ở góc).

- Thắt 2 mối chỉ của 1 chữ U với nhau trên một miếng gạc cuộn tròn hoặc 1 mảnh xốp tròn.

- Băng mắt.

**2.3. Phương pháp Cuenod Nataf**

Hiện nay phương pháp này thường được áp dụng nhiều hơn vì ít biến chứng.

- Rạch bờ tự do mi mắt bằng dao lam có cán hoặc dao lưỡi nhỏ, đường rạch sâu khoảng 1mm.

- Rạch da cách hàng lông mi 2mm, đường rạch da đi song song với bờ mi từ góc trong ra góc ngoài.

- Bộc lộ sụn, cắt gọt bớt sụn bị cuộn dày lên và thoái hóa theo hình lòng máng dọc theo chiều dài sụn.

- Khâu hình chữ U: đường kim chỉ đi từ bờ mi, móc tựa vào bờ trên của sụn và quay kim trở ra bờ mi, đáy chữ U ở phần trên của sụn.

- Kéo 4 chỉ chữ U nếu chưa đủ vểnh có thể bổ sung:

+ Cắt thêm tam giác da ở phía góc ngoài của mắt tiếp nối đường da đã rạch

+ Hoặc dùng kéo bấm vào bờ mi ở 2 góc mi.

- Khâu da 3-4 nốt chỉ mũi rời hoặc khâu vắt.

- Băng mắt.

- Chú ý: khi da mi của người bệnh có hiện tượng thừa da có thể cắt bỏ bớt mảnh da thừa theo hình múi cam, chiều cao của phần da cắt bỏ nhiều hay ít tùy theo độ thừa của da mi.

**2.4. Phương pháp Sapejko**

2.4.1. Lấy mảnh niêm mạc môi

- Lấy 1 mảnh niêm mạc môi cho 1 mi phẫu thuật.

+ Vị trí lấy niêm mạc thuận lợi nhất là lấy ở môi dưới, có thể lấy ở môi trên hoặc ở má. Tuy nhiên phải chú ý tránh các vị trí đổ ra của tuyến nước bọt và một số vị trí giải phẫu đặc biệt khác.

+ Thông thường lấy mảnh niêm mạc môi hình thoi dài 3-4cm, rộng 2-3mm. Chiều dài mảnh niêm mạc phụ thuộc chiều dài mi mắt của người bệnh, chiều rộng phụ thuộc mức độ khuyết mi, mức độ sẹo dính.....

- Dùng dao phẫu tích niêm mạc môi, tạo mảnh niêm mạc.

- Khâu phục hồi niêm mạc môi bằng chỉ 5-0 hoặc 6-0 tiêu chậm khâu vắt.

2.4.2. Tại mắt

- Cố định mi bằng chỉ lanh hoặc chỉ 4-0, bộc lộ bờ mi bằng thanh đè Trabut.

- Rạch dọc mi theo bờ tự do vào sâu 2 - 3mm (độ sâu của đường rạch tùy thuộc vào mức độ quặm nhiều hay ít).

- Khâu ghép mảnh niêm mạc môi vào 2 mép rạch của bờ mi bằng chỉ tiêu chậm 7-0 hoặc 8-0, khâu cố định miếng ghép 4 điểm, sau đó khâu vắt các mũi cách nhau 2mm.

- Tra betadin 5%, mỡ kháng sinh, băng ép.

**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.

- Thủng kết mạc sụn nếu gọt sụn quá sâu: phải dừng lại không làm thủng tiếp.

**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.

**30. CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu giác mạc đúng thời điểm giúp cho giác mạc liền tốt,làm giảm cảm giác cộm,đau của người bệnh

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Vết khâu giác mạc đã liền tốt

**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**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ 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.

- 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 cắt đứt chỉ

- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra

- 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.

**31. TIÊM DƯỚI KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm dưới kết mạc để giúp đưa một số thuốc có tạc dụng tai 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 ria 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.

**32. TIÊM CẠNH NHÃN CẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm cạnh nhãn cầu để giúp đưa một số thuốc có tạc dụng tai 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,kiêm 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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**33. TIÊM HẬU NHÃN CẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tiêm hậu nhãn cầu để giúp đưa một số thuốc có tạc dụng tai 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,kiêm 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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**34. BƠM THÔNG LỆ ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm  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**

Các trường hợp chảy nước mắt hoặc mủ 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.

**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.

- 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 900 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 quản ngang: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điểm lệ 1mm sau đó vào lệ quản ngang sau khi xoay ngang 900 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 900 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 quản 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 900 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**

- 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**

**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.

**35. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vât 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,phanh vi phẫu để lấy đị 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.

**36. KHÂU 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 vắt.

- 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**

-   Chảy máu: băng ép hoặc đốt cầm máu

**37. 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,phanh 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.

**38. CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu da mi  đúng thời điểm giúp cho da mi liền tốt,sẹo liền đẹp hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Vết khâu da mi đã liền tốt

**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**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**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**

.-  Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

-   Dùng phanh kẹp chỉ,kéo cắt đứt chỉ khâu

-  Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra

-. Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

**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.

**39. CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu kết mạc đúng thời điểm giúp cho kết mạc liền tốt,làm giảm cảm giác cộm,đau của người bệnh

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết khâu kết mạc đã liền tốt

**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**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ 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 1ml cắt đứt chỉ

- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra

- 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.

**40. ĐỐT LÔNG XIÊU,NHỔ LÔNG XIÊU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt lông xiêu ,nhổ 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,nhổ 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 Nhổ lông xiêu

- Lật bờ mi

- Sử dụng phanh nhỏ nhổ lông xiêu

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

3.2.2 Đốt lông xiêu

- Lidocain2% tê tại chỗ

- Lật 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.

**41. BƠM RỬA LỆ ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**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.

**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.

**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.

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 900 vào lệ quản 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 quản dưới.

- Nước trào ra lệ quản 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.

**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.

**42. CHÍCH CHẮP, LẸO, NANG LÔNG MI; CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích chắp ,lẹo  là kỹ thuật lấy đi ổ chắp hoặc lẹo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chích chắp và lẹo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chắp, lẹo đang sưng 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 chắp. Chú ý vặn ốc vừa phải.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắp, 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 chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.

- 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.

**43. THAY BĂNG 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.

**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**

- Chuẩn bị tăm 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 ngước 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**

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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-  Không có tai biến

**44. TRA THUỐC NHỎ 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 tăm bông, bông gạc vô khuẩn.

- Phiếu tra thuốc, găng tay sạch, băng dính và kéo (Người bệnh đã phẫu thuật).

- Dung dịch cồn 700C hoặc dung dịch cồn rửa tay nhanh.

- Kẹp phẫu tích có mấu vô khuẩn, kẹp phẫu tích sạch, lọ cắm 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**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.

**45. NẶN TUYẾN BỜ MI, ĐÁNH 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: dicain1%.

+ 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.

**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**

- 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 cành của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn 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 tẩm 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**

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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**46. 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 đò

- 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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 47. CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là một cấp cứu trong nhãn khoa,Tổn thương rất nặng nề, điều trị khó khăn, để lại hậu quả trầm trọng. Cấp cứu bỏng mắt phải hết sức khẩn trương và tiên lượng của bỏng 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 bỏng 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 đò

- 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 bỏng.

- 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

**48. BÓC SỢI GIÁC MẠC**

**I. 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**

- Phanh vi phẫu, kim bơm rửa cùng đò

- 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.

**49. 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 đò.tăm 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 phanh,tăm 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.

**50. 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 sưng 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 khâu

- 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.

**51. RẠCH 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**

- 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.

## 52. 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: Gianx 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

- Thầy 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 chuyền 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 kinhscho đén 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

## 53. THEO DÕI NHÃN ÁP 3 NGÀY

1. ĐỊNH NGHĨA

Để phát hiện sớm Glôcôm người ta có thể theo dõi nhãn áp cho bệnh nhân bằng cánh đo từ 2 đến 6 lần trong một ngày. Theo dõi liên tục trong vòng 3 ngày để phát hiện thời điểm cao nhãn áp trong ngày.

1. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có những dấu hiệu nghi ngờ glôcôm.

- Người bị cận thị hoặc viễn thị nặng, viêm màng bồ đào, bong võng mạc, chấn thương nhãn cầu

- Người đái tháo đường, bệnh tuyến giáp

- Bệnh nhân trước phẫu thuật nội nhãn

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có viêm nhiễm cấp ở mắt.

- Mắt có tổn thương giác mạc: bị loét,trợt biểu mô

- Mắt chấn thương có vết thương hở.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

- Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

1. Phương tiện

- Dụng cụ.

+ Khay sạch, bông vô khuẩn, cồn sáttrùng.

+ Bộ nhãn áp kế Maclakop.

+ Đèn cồn, bật lửa.

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, nước muốisinh lý, thuốc kháng sinh.

1. Người bệnh

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn,mắt nhìn thẳng.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra y lệnh.

1. **Kiểm tra người bệnh**

- Người bệnh nằm ngửa, mắt nhìn thẳng.

- Tra thuốc tê bề mặt 2 lần vào mắt người bệnh, mỗi lần nhỏ cách nhau 3 phút.

1. **Thực hiện kỹ thuật**

- Bật đèn cồn.

- Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.

- Mắc quả cân vào tay cầm, lau sạch quảcân 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 trướcmắt, 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 nằmngang và chính giữa khe mi.

- Tay phải cầm tay cầm quả cân tay, tráivành 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 nhấc nhanh quả cân ra khỏi mắt.

- Lấy bông tẩm cồn 900 bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy.

- Dùng thước đo, đo đường kính của diệntiếp xúc, ghi kết quả đo.

- Tra Natri Clorua 0,9% hoặc kháng sinhvào mắt vừa đo.

- Thời điểm: đo từ 2 đến 6 lần trong một ngày. Theo dõi liên tục trong vòng 3 ngày.

1. **THEO DÕI**

- Khi người bệnh có nhãn áp cao cần báongay cho bác sĩ để theo dõi.

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

**54. KHÁM LÂM SÀNG MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khám lâm sàng mắt giúp phát hiện các dấu hiệu bệnh lý của mắt,

**II. CHỈ ĐỊNH**

-  Các người bệnh có đấu bệnh về mắt

**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**

- Sinh hiển vi khám mắt

- Bảng thị lực

**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**

**-**Hỏi bệnh sử

- Thử thị lực

- Sử dụng máy sinh hiển vi khám mắt: đánh giá tình trạng nhãn cầu từ ngoài vào trong,mi lệ đạo đến kết giác mạc ,tiền phòng,mống mắt , thủy tinh thể,dịch kính võng mạc

**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.

**55. GÂY MÊ ĐỂ KHÁM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gây mê để khám là phương pháp giúp khám những bệnh nhân không hợp tác với thầy thuốc

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các người bệnh không hợp tác được với thầy thuốc để khám bệnh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt,bác sĩ gây mê

**2. Phương tiện**

- Sinh hiển vi khám mắt,hệ thống gây mê

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi tiến hành gây mê để khám

- 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**

**-**Gây mê người bệnh

- Khám mắt

+ Khám lâm sàng mắt

+ Xét nghiệm cận lâm sàng

**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**

- Tai biến chủ yếu là do quá trình gây mê.

**56. ĐO NHÃN ÁP**

A. ĐO NHÃN ÁP MACLAKOP

1. 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.

1. CHỈ ĐỊNH

* Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên.
* Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghingờ glôcôm.
* Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.
* Người bị cận thị hoặc viễn thị nặng, viêm màng bồ đào, bong võng mạc, chấn thương nhãn cầu
* Người đái tháo đường, bệnh tuyến giáp
* Bệnh nhân trước phẫu thuật nội nhãn

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

1. Phương tiện

* Dụng cụ.

+ Khay sạch, bông vô khuẩn, cồn sáttrùng.

+ Bộ nhãn áp kế Maclakop.

+ Đèn cồn, bật lửa.

* Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, nước muốisinh lý, thuốc kháng sinh.

1. Người bệnh

* Giải thích và hướng dẫn người bệnh.
* Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn,mắt nhìn thẳng.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra y lệnh.

1. **Kiểm tra người bệnh**

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

1. **Thực hiện kỹ thuật**

* Bật đèn cồn.
* Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.
* Mắc quả cân vào tay cầm, lau sạch quảcân 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 trướcmắt, 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 nằmngang và chính giữa khe mi.
* Tay phải cầm tay cầm quả cân tay, tráivành 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 nhấc nhanh quả cân ra khỏi mắt.
* Lấy bông tẩm cồn 900 bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy.
* Dùng thước đo, đo đường kính của diệntiếp xúc, ghi kết quả đo.
* Tra Natri Clorua 0,9% hoặc kháng sinhvào mắt vừa đo.

1. **THEO DÕI**

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

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

B. ĐO NHÃN ÁP SCHIOTZ

1. ĐỊNH NGHĨA

Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế SCHIOTZ là sử dụng phương pháp ấn lõm giác mạc.

1. CHỈ ĐỊNH

* Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên.
* Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghingờ glôcôm.
* Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.
* Người bị cận thị hoặc viễn thị nặng, viêm màng bồ đào, bong võng mạc, chấn thương nhãn cầu
* Người đái tháo đường, bệnh tuyến giáp
* Bệnh nhân trước phẫu thuật nội nhãn

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

1. Phương tiện

* Dụng cụ.

+ Khay sạch, bông vô khuẩn, cồn sáttrùng.

+ Bộ nhãn áp kế Schiotz

* Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, nước muốisinh lý, thuốc kháng sinh.

1. Người bệnh

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

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra y lệnh.

1. Kiểm tra người bệnh

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

1. Thực hiện kỹ thuật

* Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.
* 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 nhãn áp, trái vành hai mi chú ý không được đè tay vào nhãn cầu. Áp trụ kim loại đè lên đỉnh giác mạc, trụ di chuyển ấn lõm giác mạc xuống.
* Đọc độ lệch của kim trên mặt chia độ, sau ssos đối chiếu độ lệch trên bảng định cỡ cho nhãn áp Schiotz của Friedenwald , ta sẽ xác định được nhãn áp của mắt đo bằng mmHg.
* Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinhvào mắt vừa đo.

1. THEO DÕI

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

1. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

C. ĐO NHÃN ÁP KHÔNG TIẾP XÚC

1. ĐỊNH NGHĨA

Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế không tiếp xúc là dựa vào áp lực phụt hơi để đánh giá nhãn áp

1. CHỈ ĐỊNH

* Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên.
* Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghingờ glôcôm.
* Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.
* Người bị cận thị hoặc viễn thị nặng, viêm màng bồ đào, bong võng mạc, chấn thương nhãn cầu
* Người đái tháo đường, bệnh tuyến giáp
* Bệnh nhân trước phẫu thuật nội nhãn

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Người bệnh không hợp tác
* Bệnh lý toàn thân không cho phép bệnh nhân ngồi

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng viên hoặc kỹ thuật viên chuyên khoa mắt

1. Phương tiện

Hệ thống máy đo nhãn áp không tiếp xúc

1. Người bệnh

* Giải thích người bệnh
* Hướng dẫn người bệnh ngồi đúng tư thể

1. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Kiểm tra hồ sơ**
3. Kiểm tra người bệnh

* Kiểm tra thị lực

1. Thực hiện kỹ thuật

* Bật công tắc máy, không để người bệnh đặt cằm vào máy trong lúc khởi động
* Kiểm tra các chế độ cài đặt: test hệ thống phụt hơi, chế độ do, tiêu định thị
* Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tì trán, mắt nhìn theo tiêu định thị
* Chỉnh tiêu định thị tương ứng
* Trên màn hình cảm ứng, người đo xác định đỉnh giác mạc và tiến hành đo
* Kết quả tự động ghi lại và in ra giấy

1. THEO DÕI

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

1. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến

**D. ĐO NHÃN ÁP KẾ GOLDMANN**

1. CHỈ ĐỊNH

* Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên.
* Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghingờ glôcôm.
* Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.
* Người bị cận thị hoặc viễn thị nặng, viêm màng bồ đào, bong võng mạc, chấn thương nhãn cầu
* Người đái tháo đường, bệnh tuyến giáp
* Bệnh nhân trước phẫu thuật nội nhãn

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. Ngườithực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Mắt.

1. Phươngtiện

* Bộ nhãn áp kế Goldmann lắp vào sinh hiển vi khám mắt
* Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, nước muốisinh lý, thuốc kháng sinh.

1. Ngườibệnh

* Giải thích và hướng dẫn người bệnh.
* Tư thế người bệnh: ngồi, đầu tựa vào giá đỡ của sinh hiển vi, mở to mắt, nhìn thẳng không chớp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra y lệnh.

1. Kiểm tra người bệnh

* Tư thế người bệnh: ngồi, đầu tựa vào giá đỡ của sinh hiển vi, mở to mắt, nhìn thẳng không chớp.
* Tra thuốc tê bề mặt (Dicain, Alcain...) 3 lần vào mắt người bệnh.

1. Thực hiện kỹ thuật

* Đặt nhãn áp kế GOLDMANN vào Sinh hiển vi, mở rộng tối đa khe sang, chiếu vào đầu đo nhãn áp kế.
* Nhỏ 1 giọt fluorescein vào mắt bệnh nhân.
* Đẩy đầu đo nhãn áp từ từ tiếp xúc giác mạc, trên sinh hiển vi thấy 2 nửa hình tròn có viền màu vàng fluorescein
* Điều chỉnh độ cao thấp để 2 nửa vòng trong đều nhau
* Vặn nút điều chỉnh cho 2 nửa vòng tròn tiếp xúc với nhau, đọc kết quả đo trên vạch chia độ.
* Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinhvào mắt vừa đo.

1. THEO DÕI

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

1. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

## 57. ĐO KHÚC XẠ KHÁCH QUAN (SOI BÓNG ĐỒNG TỬ - SKIASCOPE)

**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 kinh 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 D thì công suất trục dọc là -3,00 D. Khúc xạ của mắt được ghi bằng chữ thập quang học như sau:

|  |  |
| --- | --- |
| https://healthvietnam.vn/photos/172/q.gif | Công suất của mắt này cần kính điều chỉnh là:  +2,00- 5,00 x 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 trừ.

Đọc kết quả (công suất và trục) kính điều chỉnh ở 2 mắt kính trên gọng thử.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Không có.

**58. ĐO KHÚC XẠ MÁY**

**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 hợptốt 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, khôngđau và không hại mắt.

+ Đầu người bệnh phải cố định (đảm bảo mi mắt hoặc lôngmi không che lấp giác mạc), mắt mở to sau mỗi lần chớp.

+ Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trongmáy, ngay cả khi hình nhòe đi.

- Bật công tắc máy: không để cằm người bệnh vào máy tronglúc 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 băngtì trán.

- Kiểm tra để đảm bảo mắt người bệnh cùng độ cao với vạchđánh dấu trên giá cố định đầu.

- Kiểm tra mắt người bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho3 chấm sáng trên giác mạc ở giữa vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống để 3chấm 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 ởtâm của cảnh.

- Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lầnhoặc đo 3 lần liên tục.

-In ra kết quả đo.

**59. ĐO THỊ LỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đo thị lưc giúp đánh giá khẳ 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. thước 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.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-  Không có tai biến.

**60. THỬ KÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp có tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạnthị, 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 hợpđể 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 chiếuthị 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 emđã đi học: dùng bảng chữ cái. Trẻ nhỏ hoặc người không biết chữ dùng bảng hìnhvẽ 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 thịlực và cách trả lời).

4. Đo thị lực nhìn xa không kính của từng mức trong khimắt kia được che kín. Nguyên tắc: thử mắt phải trước, mắt trái sau.

5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theokhoảng 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 bằngkính trừ cùng số đó.

7. Tăng dần số kính đến khi người bệnh đạt thị lực tốiđa.

8. Nếu có từ 2 mắt kính khác nhau trở lên cùng cho thịlực tối đa thì chọn số kính thấp nhất nếu là kính trừ, chọn số cao nhất nếu làkính cộng.

**2. Thử kính trụ**

1. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thểđược (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tối đa và kết quả soi bóng đồngtử 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 trụcđã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kínhtrụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyển thànhdạng trụ trừ trước khi thử kính.

4. Tăng dần số kính trụ đến khi đạt thị lực tối đa. Mỗikhi thêm vào -0,50D trụ thì lại thêm +0,25 D cầu (nếu là kính cầu cộng thì sốtăng thêm, nếu là kính cầu trừ thì số giảm đi).

5. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trụcvà 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 haimắt giảm không quá hai dòng thì phải tăng số kính cầu mỗi lần +0,25 D đến khithị lực giảm ít nhất hai dòng.

2. Che mắt trái, thử mắt phải với kính cầu +1,00 D. Nếuthị 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 bằnghai mắt.

**4. Thử kính đọc sách**

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

**1**. Nhãn khoa giản yếu tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

**2**. Nhãn khoa cận lâm sàng, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tác giả Ts.Bs. Lê Minh Thông - Bộ môn Mắt, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, nhà xuất bản Y Học, 2007.

**3**. Nhãn khoa (sách đào tạo bác sĩ đa khoa), chủ biên PGS.TS Hoàng Ngọc Chương, nhà xuất bản Y học 2016.

**4**. Bài giảng Nhãn khoa, bộ môn Mắt trường Đại học Y Hà Nội, nhà xuất bản Y học - 2005.

**5**. Thực hành Nhãn khoa, bộ môn Mắt - Đại học Y Hà Nội, nhà xuất bản Y học

**6**.Quy trình khám chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa, ban hành kèm theo quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.