**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH NHI KHOA**

**PHẦN RĂNG HÀM MẶT - MẮT - TAI MŨI HỌNG**

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

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

# **MỤC LỤC**

[IX. MẮT 9](#_Toc112847748)

[1. PHẪU THUẬT LẤY THỦY TINH THỂ (TRONG BAO, NGOÀI BAO, PHACO) CÓ HOẶC KHÔNG ĐẶT IOL TRÊN MẮT ĐỘC NHẤT 9](#_Toc112847749)

[2. PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO) 14](#_Toc112847750)

[3. LẤY DỊ VẬT HỐC MẮT 18](#_Toc112847751)

[4. LẤY DỊ VẬT TRONG CỦNG MẠC 21](#_Toc112847752)

[5. LẤY DỊ VẬT TIỀN PHÒNG 23](#_Toc112847753)

[6. CHÍCH MỦ MẮT 27](#_Toc112847754)

[7. RẠCH ÁP XE TÚI LỆ 30](#_Toc112847755)

[8. TẬP NHƯỢC THỊ 32](#_Toc112847756)

[9. RỬA TIỀN PHÒNG( MÁU, MỦ, XUẤT TIẾT, HÓA CHẤT…) 36](#_Toc112847757)

[10. CẮT BỎ TÚI LỆ 42](#_Toc112847758)

[11. PHẪU THUẬT MỘNG ĐƠN THUẦN 46](#_Toc112847759)

[12. LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC 50](#_Toc112847760)

[13. CẮT BỎ CHẮP CÓ BỌC 52](#_Toc112847761)

[14. CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ 55](#_Toc112847762)

[15. KHÂU DA MI 57](#_Toc112847763)

[16. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI 60](#_Toc112847764)

[17. XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, TỔN THƯƠNG NÔNG VÙNG MẮT 63](#_Toc112847765)

[18. KHÂU PHỦ KẾT MẠC 66](#_Toc112847766)

[19. KHÂU GIÁC MẠC 69](#_Toc112847767)

[20. KHÂU CỦNG MẠC 73](#_Toc112847768)

[21. THĂM DÒ, KHÂU VẾT THƯƠNG CỦNG MẠC 77](#_Toc112847769)

[22. KHÂU LẠI MÉP MỔ GIÁC MẠC CỦNG MẠC 81](#_Toc112847770)

[23. CẮT BỎ NHÃN CẦU CÓ HOẶC KHÔNG CẮT THỊ THẦN KINH DÀI 86](#_Toc112847771)

[24. MÚC NỘI NHÃN 89](#_Toc112847772)

[25. CẮT THỊ THẦN KINH 92](#_Toc112847773)

[26. PHẪU THUẬT QUẶM (PANAS, CUENOD NATAF) 92](#_Toc112847774)

[27. MỔ QUẶM MI BẨM SINH 96](#_Toc112847775)

[28. CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC 98](#_Toc112847776)

[29. TIÊM DƯỚI KẾT MẠC 100](#_Toc112847777)

[30. TIÊM CẠNH NHÃN CẦU 102](#_Toc112847778)

[31. TIÊM HẬU NHÃN CẦU 104](#_Toc112847779)

[32. BƠM THÔNG LỆ ĐẠO 106](#_Toc112847780)

[33. KHÂU KẾT MẠC 109](#_Toc112847781)

[34. CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC 111](#_Toc112847782)

[35. ĐỐT LÔNG XIÊU 113](#_Toc112847783)

[36. BƠM RỬA LỆ ĐẠO 115](#_Toc112847784)

[37. KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LẸO 118](#_Toc112847785)

[38. RỬA CÙNG ĐỒ 121](#_Toc112847786)

[39. BÓC GIẢ MẠC 123](#_Toc112847787)

[40. RẠCH ÁP XE MI 125](#_Toc112847788)

[41. SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP 128](#_Toc112847789)

[42. SOI GÓC TIỀN PHÒNG 130](#_Toc112847790)

[43. CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN 132](#_Toc112847791)

[44. CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU 134](#_Toc112847792)

[45. THEO DÕI NHÃN ÁP 3 NGÀY 137](#_Toc112847793)

[46. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC 140](#_Toc112847794)

[47. KHÁM LÂM SÀNG MẮT 142](#_Toc112847795)

[RĂNG HÀM MẶT 144](#_Toc112847796)

[48. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI GIÁN TIẾP MẶT TRONG 144](#_Toc112847797)

[49. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI GIÁN TIẾP MẶT NGOÀI 148](#_Toc112847798)

[50. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI TỰ BUỘC 152](#_Toc112847799)

[51. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI TRỰC TIẾP MẶT NGOÀI 156](#_Toc112847800)

[52. LÀM LÚN RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 159](#_Toc112847801)

[53. LÀM TRỒI RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 162](#_Toc112847802)

[54. ĐÓNG KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 166](#_Toc112847803)

[55. ĐIỀU CHỈNH ĐỘ NGHIÊNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 170](#_Toc112847804)

[56. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ 174](#_Toc112847805)

[57. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM 177](#_Toc112847806)

[58. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN 180](#_Toc112847807)

[59. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG 184](#_Toc112847808)

[60. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG CÓ TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG 188](#_Toc112847809)

[61. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC 191](#_Toc112847810)

[62. PHẪU THUẬT NẠO QUANH CUỐNG RĂNG 194](#_Toc112847811)

[63. PHẪU THUẬT CẮT CUỐNG RĂNG 197](#_Toc112847812)

[64. CẤY LẠI RĂNG BỊ BẬT KHỎI Ổ RĂNG 200](#_Toc112847813)

[65. PHẪU THUẬT CẮT, NẠO XƯƠNG Ổ RĂNG 203](#_Toc112847814)

[66. CẮT LỢI XƠ CHO RĂNG MỌC 206](#_Toc112847815)

[67. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI 209](#_Toc112847816)

[68. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ 212](#_Toc112847817)

[69. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG 215](#_Toc112847818)

[70. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN 218](#_Toc112847819)

[71. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH 221](#_Toc112847820)

[72. PHẪU THUẬT NẠO TÚI QUANH RĂNG 224](#_Toc112847821)

[73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI 227](#_Toc112847822)

[74. PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG 230](#_Toc112847823)

[75. PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG 233](#_Toc112847824)

[76. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG NẸP KIM LOẠI 236](#_Toc112847825)

[77. ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG CẤP 239](#_Toc112847826)

[78. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT KẾT HỢP COMPOSITE 242](#_Toc112847827)

[79. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG VĨNH VIỄN 245](#_Toc112847828)

[80. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY 248](#_Toc112847829)

[81. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NÓNG CHẢY CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY 254](#_Toc112847830)

[82. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NÓNG CHẢY CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY. 258](#_Toc112847831)

[83. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG THỦNG SÀN BẰNG MTA 263](#_Toc112847832)

[84. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG NGOÀI MIỆNG (RĂNG BỊ BẬT, NHỔ) 268](#_Toc112847833)

[85. ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI 273](#_Toc112847834)

[86. PHẪU THUẬT NỘI NHA HÀN NGƯỢC ỐNG TỦY 278](#_Toc112847835)

[87. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG CÓ SỬ DỤNG ĐÈN PLASMA 282](#_Toc112847836)

[88. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG BẰNG LASER 285](#_Toc112847837)

[89. TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY 285](#_Toc112847838)

[90. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NGUỘI 288](#_Toc112847839)

[91. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY 293](#_Toc112847840)

[92. CHỤP COMPOSITE 298](#_Toc112847841)

[93. CHỤP THÉP (KIM LOẠI) 302](#_Toc112847842)

[94. CHỤP SỨ KIM LOẠI THƯỜNG 306](#_Toc112847843)

[95. CHỤP THÉP CẨN NHỰA 310](#_Toc112847844)

[96. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY 314](#_Toc112847845)

[97. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN 317](#_Toc112847846)

[98. NHỔ RĂNG THỪA 320](#_Toc112847847)

[99. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN 323](#_Toc112847848)

[100. CẮT LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI 326](#_Toc112847849)

[101. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY 329](#_Toc112847850)

[102. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN 332](#_Toc112847851)

[103. NHỔ RĂNG THỪA 335](#_Toc112847852)

[104. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT 338](#_Toc112847853)

[105. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG DÂY CUNG KIM LOẠI VÀ COMPOSITE 341](#_Toc112847854)

[106. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI DO MỌC RĂNG 343](#_Toc112847855)

[107. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP 345](#_Toc112847856)

[108. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG 348](#_Toc112847857)

[109. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE 352](#_Toc112847858)

[110. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE 356](#_Toc112847859)

[111. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ 359](#_Toc112847860)

[112. CHỤP TỦY BẰNG HYDROXIT CANXI 362](#_Toc112847861)

[113. MÁNG HỞ MẶT NHAI 365](#_Toc112847862)

[114. KỸ THUẬT MÀI CHỈNH KHỚP CẮN 368](#_Toc112847863)

[115. THÁO CHỤP RĂNG GIẢ 372](#_Toc112847864)

[116. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT HÓA TRÙNG HỢP 375](#_Toc112847865)

[117. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT QUANG TRÙNG HỢP 378](#_Toc112847866)

[118. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE HÓA TRÙNG HỢP 381](#_Toc112847867)

[119. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP 384](#_Toc112847868)

[120. PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG VỚI THUỐC BÔI BỀ MẶT 387](#_Toc112847869)

[121. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC. 390](#_Toc112847870)

[122. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG SƯA,BẢO TỒN TỦY CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HOC 393](#_Toc112847871)

[123. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỮA 396](#_Toc112847872)

[124. HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT 401](#_Toc112847873)

[125. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM 404](#_Toc112847874)

[126. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE 407](#_Toc112847875)

[127. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT 411](#_Toc112847876)

[128. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT (GIC) 414](#_Toc112847877)

[129. NHỔ RĂNG SỮA 417](#_Toc112847878)

[130. NHỔ CHÂN RĂNG SỮA 420](#_Toc112847879)

[131. ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT NIÊM MẠC MIỆNG TRẺ EM 423](#_Toc112847880)

[132. CHÍCH APXE LỢI TRẺ EM 423](#_Toc112847881)

[133. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI TRẺ EM 425](#_Toc112847882)

[134. CHÍCH APXE LỢI 428](#_Toc112847883)

[135. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI DO MỌC RĂNG 430](#_Toc112847884)

[136. MÁNG CHỐNG NGHIẾN RĂNG 432](#_Toc112847885)

[137. SỬA HÀM GIẢ GÃY 435](#_Toc112847886)

[138. THÊM RĂNG CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP 438](#_Toc112847887)

[139. THÊM MÓC CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP 441](#_Toc112847888)

[140. ĐỆM HÀM GIẢ NHỰA THƯỜNG 444](#_Toc112847889)

[141. ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG THUỐC BÔI (CÁC LOẠI). 447](#_Toc112847890)

[142. HÀM GIẢ THÁO LẮP TỪNG PHẦN NHỰA THƯỜNG 449](#_Toc112847891)

[143. HÀM GIẢ THÁO LẮP TOÀN BỘ NHỰA THƯỜNG 453](#_Toc112847892)

[144. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG EUGENATE 457](#_Toc112847893)

[145. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM 460](#_Toc112847894)

[146. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT 463](#_Toc112847895)

[147. CHỤP NHỰA 466](#_Toc112847896)

[148. LẤY CAO RĂNG HAI HÀM 470](#_Toc112847897)

[149. PHẪU THUẬT CẮT NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM TRÊN 473](#_Toc112847898)

[150. PHẪU THUẬT CẮT NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM DƯỚI 476](#_Toc112847899)

[151. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HỔNG TỔ CHỨC 479](#_Toc112847900)

[152. NẮN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 482](#_Toc112847901)

[153. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU ÁP XE NÔNG VÙNG HÀM MẶT 485](#_Toc112847902)

[154. CHỌC THĂM DÒ U, NANG VÙNG HÀM MẶT 488](#_Toc112847903)

[155. CỐ ĐỊNH TẠM THỜI SƠ CỨU GÃY XƯƠNG HÀM 490](#_Toc112847904)

[156. PHẪU THUẬT GÂY TÊ VÙNG ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU THẦN KINH V NGOẠI BIÊN 492](#_Toc112847905)

[157. DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG - HÀM MẶT 494](#_Toc112847906)

[158. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH 496](#_Toc112847907)

[159. SƠ CỨU GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT 500](#_Toc112847908)

[160. ĐIỀU TRỊ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT 503](#_Toc112847909)

[TAI MŨI HỌNG 505](#_Toc112847910)

[161. NỘI SOI TAI 505](#_Toc112847911)

[162. NỘI SOI MŨI 509](#_Toc112847912)

[163. NỘI SOI HỌNG 513](#_Toc112847913)

[164. PHẪU THUẬT NẠO VÉT SỤN VÀNH TAI 517](#_Toc112847914)

[165. KHÂU VÀNH TAI RÁCH SAU CHẤN THƯƠNG 519](#_Toc112847917)

[166. THÔNG VÒI NHĨ 521](#_Toc112847918)

[167. LẤY DỊ VẬT TAI 524](#_Toc112847919)

[168. CHỌC HÚT DỊCH TỤ HUYẾT VÀNH TAI 527](#_Toc112847920)

[169. CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI 529](#_Toc112847921)

[170. LÀM THUỐC TAI 531](#_Toc112847924)

[171. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ 533](#_Toc112847925)

[172. ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ TAI GIỮA 535](#_Toc112847928)

[173. PHẪU THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ 538](#_Toc112847929)

[174. PHẪU THUẬT TĂNG CƯỜNG MÀNG NHĨ - ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ 541](#_Toc112847932)

[175. LẤY DÁY TAI (NÚT BIỂU BÌ) 544](#_Toc112847933)

[176. NẮN SỐNG MŨI SAU CHẤN THƯƠNG 546](#_Toc112847934)

[177. NHÉT BẤC MŨI SAU 549](#_Toc112847935)

[178. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC 552](#_Toc112847936)

[179. ĐỐT CUỐN MŨI 555](#_Toc112847937)

[180. BẺ CUỐN DƯỚI 558](#_Toc112847938)

[181. CHỌC RỬA XOANG HÀM 561](#_Toc112847939)

[182. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL 564](#_Toc112847940)

[183. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI, MÁ, LƯỠI 567](#_Toc112847941)

[184. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG 569](#_Toc112847942)

[185. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG 571](#_Toc112847943)

[186. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ 574](#_Toc112847944)

[187. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN 578](#_Toc112847945)

[188. ĐỐT NHIỆT HỌNG HẠT 581](#_Toc112847946)

[189. ĐỐT LẠNH HỌNG HẠT 584](#_Toc112847947)

[190. LÀM THUỐC TAI, MUI, THANH QUẢN 587](#_Toc112847948)

[191. BƠM RỬA ĐƯỜNG HÔ HẤP QUA NỘI KHÍ QUẢN 587](#_Toc112847949)

[192. BƠM THUỐC THANH QUẢN 587](#_Toc112847950)

[193. RỬA VÒM HỌNG 590](#_Toc112847951)

[194. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ: CO THẮT KHÍ QUẢN, ĐE DOẠ NGẠT THỞ 590](#_Toc112847952)

[195. SƠ CỨU BỎNG KỲ ĐẦU ĐƯỜNG HÔ HẤP 598](#_Toc112847953)

[196. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG 598](#_Toc112847954)

[197. KHÍ DUNG MŨI HỌNG 600](#_Toc112847955)

[198. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN 603](#_Toc112847956)

[199. CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR 606](#_Toc112847957)

[200. NẠO VA BẰNG COBLATOR 609](#_Toc112847958)

[201. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE GÓC TRONG Ổ MẮT 612](#_Toc112847959)

[202. KHAU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VUNG DẦU CỔ 615](#_Toc112847960)

# **IX. MẮT**

## **1. PHẪU THUẬT LẤY THỦY TINH THỂ (TRONG BAO, NGOÀI BAO, PHACO) CÓ HOẶC KHÔNG ĐẶT IOL TRÊN MẮT ĐỘC NHẤT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thủy tinh thể trêm mắt độc nhất là phẫu thuật nhằm cải thiện thị lực cho bệnh nhân bằng cách lấy đi nhân T3 đục, có hoặc không đặt IOL.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp đục thể thủy tinh bẩm sinh hoặc do chấn thương ở trẻ em, mắt còn lại mất chức năng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Các bác sĩ nhãn khoa được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Máy phaco.

- Hiển vi phẫu thuật.

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

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định theo quy định.

- Bơm rửa lệ đạo.

- Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Gây tê***

- Gây tê tại chỗ nếu trẻ lớn, hợp tác tốt

- Gây mê nếu trẻ không hợp tác.

***3.2. Kỹ thuật***

a. Phương pháp Phaco

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực).

- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:

+ Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.

+ Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.

- Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm.

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).

- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 - 6mm.

- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.

- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.

- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.

- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.

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

- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.

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

- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

b. Phương pháp lấy T3 ngoài bao.

- Cố định mi và cơ trực trên.

- Phẫu tích kết mạc sát rìa từ 10 giờ - 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu.

- Rạch củng giác mạc vùng rìa: rạch 2/3 bề dày giác mạc, mở vào tiền phòng chiều dài 2mm cách rìa 1mm.

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

- Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu hình con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 - 7mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.

- Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 - 1400.

- Đặt chỉ an toàn

- Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.

- Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.

- Rửa hút sạch chất nhân.

- Bơm chất nhầy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao.

- Rửa sạch chất nhầy.

- Khâu phục hồi vết mổ.

- Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.

- Tiêm kháng sinh và corticosteroid cạnh nhãn cầu.

- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

- Tra corticoid tại mắt ngày 4 lần trong 1 tháng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

**1. Trong phẫu thuật**

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

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

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

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

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

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

**2. Sau phẫu thuật**

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

**2**. 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.

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

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp đục thể thủy tinh ở trẻ em.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.

- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Máy phaco.

- Hiển vi phẫu thuật.

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

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Gây tê

- Gây tê tại chỗ nếu trẻ lớn, phối hợp tốt

- Gây mê nếu trẻ nhỏ không hợp tác

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực).

- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:

+ Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.

+ Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.

- Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm.

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).

- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 - 6mm.

- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.

- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.

- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.

- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.

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

- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.

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

- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

- Tra corticoid tại mắt ngày 4 lần trong 1 tháng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

**1. Trong phẫu thuật**

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

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

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

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

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

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

**2. Sau phẫu thuật**

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1.** 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.

## **3. 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.

- Nhịn ăn uống nếu gây mê

**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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **4. 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

## **5. 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:

- Người bệnh già yếu, 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, người nhà về tiên lượng bệnh, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

- Nhịn ăn uống nếu gây mê.

**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 hoặc gây tê tùy theo hợp tác của trẻ.

**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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **6. CHÍCH MỦ MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt

**2. Người bệnh**

- Người bệnh được làm xét nghiệm, giải thích trước phẫu thuật.

- Nhịn ăn uống trước phẫu thuật.

**3. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật: hốc mắt

- Ống thông dẫn lưu: dây truyền, lame cao su.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

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

**3.2. Kỹ thuật thực hiện**

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

*3.2.1. Khối máu, mủ trước vách hốc mắt*

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

*3.2.2. Khối máu mủ sau vách hốc mắt (septum)*

- Dùng các đường tiếp cận hốc mắt thông thường, đi trực tiếp vào khối máu mủ (đã xác định trên phim CT hoặc MRI), rò đường bằng kẹp phẫu tích đầu tù, nếu vào được khối máu mủ sẽ thấy máu đen hoặc mủ chảy ra, tách rộng kẹp phẫu tích để phá thành khối máu tụ hoặc khối áp xe, rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương, đặt dẫn lưu, khâu chân ống dẫn lưu.

*3.2.3. Khối máu tụ đỉnh hốc mắt, trong chóp cơ*

- Cắt góc mắt phía ngoài và một phần dây chằng mi ngoài nhằm giảm áp lực cho nhãn cầu, mở kết mạc góc ngoài với hy vọng máu mủ thoát chảy tự nhiên.

**VI.  THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi toàn thân: sốt, cảm giác đau nhức

- Theo dõi các triệu chứng cơ năng: thị lực, nhãn áp.

- Theo dõi lượng máu, mủ thoát qua dẫn lưu. Rút dẫn lưu sau 3-5 ngày

- Theo dõi máu, mủ tái phát hoặc tạo lỗ rò: bằng siêu âm, chụp phim kết hợp với lâm sàng, đặc biệt là với khối máu mủ dưới màng xương.

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, chống viêm và giảm phù, hạ nhãn áp nếu cần.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu nhiều : tiến hành băng ép nếu không hiệu quả thì mở ổ chích đốt cầm máu

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

**2**. 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.

## **7. RẠCH ÁP XE TÚI LỆ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

          Áp xe túi lệ là hậu quả của quá trìnhviêm nhiễm cấp tính ở túi lệ và tổ chức xung quanh vùng túi lệ. Chích áp xe túilệ 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 tỏalan.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

          Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt đượcđào tạo.

**2. Phương tiện**

          Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

**3. Người bệnh**

          Người bệnh được tư vấn trước phẫuthuật.

**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 lệbằng thuốc tê hoặc rạch trực tiếp vùng áp xe mà không cần gây tê (với cáctrường hợp áp xe nặng).

***3.2. Kỹ thuật***

          - Sát trùng vùng áp xe bằng betadin10%.

          - 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 radễ 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 lệmũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.

          - Bảo đảm lỗ rò liền.

**VI. THEO DÕI**

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

          - Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

          - Chảy máu: băng ép.

## **8. TẬP NHƯỢC THỊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhược thị là tình trạng mắt giảm thị lực (thị lực < 7/10) sau điều chỉnh kính đồng thời không phát hiện các tổn thương thực thể nào qua thăm khám. Tập nhược thị giúp phục hồi thị lực cho trẻ

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Người bệnh có thị lực tối đa sau chỉnh kính dưới 7/10

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Người bệnh có bệnh lý toàn thân phổi hợp nặng
* Người bệnh có tình trạng bệnh lý tâm thần không hợp tác

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt. KTV mắt được đào tạo về khúc xạ

**2. Phương tiện**

- Bảng thị lực

- Kính SHV khám

- Máy đo khúc xạ tự động

- Máy Synaptophoze

- Thuốc nhỏ liệt điều tiết (Atropin)

- Dụng cụ bịt mắt, băng dính

- Bộ đồ hình tập vói các bộ ảnh khác nhau

- Bộ phương tiện tập ( Máy tập tô, hạt vòng, kim chỉ…)

- Kính gọng

**3. Người bệnh**

- Khám xác định tình trạng nhược thị:

+ Khám thị lực , định thị

+ Khám đồng tử

+ Khám lác và vận nhãn

+ Khám bán phần trước nhãn cầu

+ Soi đáy mắt

+ Khám khúc xạ

- Giải thích cho người bệnh, người nhà, kí hồ sơ theo quy định

**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**

- Sau khi đã điều chỉnh tật khúc xạ tối đa cho người bệnh tiến hành phối hợp điều trị nhược thị bằng phương pháp phù hợp nhằm bắt buộc sử dụng mắt yếu để kích thích cải thiện thị lực

3.2.1. Phương pháp bịt mắt

- Nếu nhược thị cả 2 mắt thì bịt mắt luân phiên từng đợt 7 – 10 ngày

- Dụng cụ che mắt có thể dùng là miếng vải, miếng gạc hoặc miếng patch che mắt

- Hướng dẫn người bệnh kết hợp bịt mắt lành, đeo kính thường xuyên, luyện tập mắt nhược thị Thời gian bịt mắt tùy theo mức độ nhược thị và lứa tuổi của người bệnh

- Mỗi đợt tập 7 – 10 ngày rồi kiểm tra lại cho người bệnh

3.2.2. Phương pháp gia phạt quang học

- Một số trường hợp không có điều kiện bịt mắt lành thì sử dụng phương phám gia phạt gần

+ Nhỏ Atropin mắt lành để làm giảm điều tiết, không cho nhìn gần

+ Mắt nhược thị cho chỉnh kính từ +1.0D đến +3.0D để nhìn gần

- Gia phạt xa có thể áp dụng nếu nhược thị nhẹ

- Thời gian luyện tập tùy từng trường hợp và tùy theo lứa tuổi

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi thị lực của bệnh nhân

+ Sau 3 tháng điều trị nghiêm túc, đúng phương pháp mà thị lực người bệnh không cải thiện thì phương pháp điều trị coi như thất bại.

+ Khi thị lực mắt nhược thị >= 8/10 thì tự điều trị duy trì theo phương pháp bịt mắt hoặc phương pháp gia phạt.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Không có tai biến

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **9. RỬA TIỀN PHÒNG( MÁU, MỦ, XUẤT TIẾT, HÓA CHẤT…)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật rửa tiền phòng là phẫu thuật nhằm loại trừ máu, mủ, xuất tiết, hóa chất… trong tiền phòng khi có chỉ định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Xuất huyết đầy tiền phòng điều trị nội khoa 3 - 5 ngày không tiêu, có dấu hiệu tăng nhãn áp và nguy cơ ngấm máu giác mạc.
* Mủ, xuất tiết, hóa chất trong tiền phòng khi điều trị nội khoa không tiêu

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

-Mủ, xuất tiết đang có xu hướng tiêu tốt

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Máy hiển vi phẫu thuật

- Bộ dụng cụ vi phẫu, kim 2 nòng,

- Dung dịch rửa tiền phòng, chỉ 8-0, 10-0...

**3. Người bệnh**

Theo quy định chung.

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

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

- Chụp Xquang khi nghi ngờ có dị vật trong nhãn cầu, chụp không chuẩn bị và có chuẩn bị, siêu âm và điện võng mạc khi có thể được.

- Khám và ghi chép chấn thương phối hợp và toàn thân.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định chung của Bộ y tế.

**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

***3.2. Tiến hành phẫu thuật***

- Cố định mi bằng vành mi tự động hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.

- Cố định cơ trực trên.

- Mở vào nhãn cầu:

+ Tạo vạt kết mạc và đốt cầm máu củng mạc.

+ Rạch giác củng mạc rìa. Độ rộng của đường mở vào nhãn cầu tùy thuộc vào độ lớn của khối máu cục, trung bình là 6mm.

+ Dùng kim hai nòng rửa tiền phòng hoặc bơm chất nhầy để đẩy toàn bộ khối máu cục, mủ, xuất tiết ra ngoài qua đường rạch giác mạc rìa.

+ Khâu đóng đường rạch vào nhãn cầu bằng chỉ 10-0.

+ Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hay bóng khí hoặc nhầy tùy từng trường hợp.

+ Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

+ Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chảy máu trong phẫu thuật**

Là biến chứng hay gặp

- Nguyên nhân:

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

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

- Xử trí:

+ Dừng hút.

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

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

**2. Chấn thương thể thủy tinh**

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

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

**3. Thoát dịch kính**

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

- Xử trí:

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

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

**4. Nát mống mắt**

- Nguyên nhân: do dầu kim 2 nòng hút vào mống mắt.

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

**5. Phản ứng viêm màng bồ đào**

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

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

**6. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật**

- Nguyên nhân:

+ Do xuất huyết tiền phòng tái phát.

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

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

- Xử trí:

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

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

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

- Nguyên nhân:

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

+ Người bệnh có xuất huyết dịch kính kèm theo.

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

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **10. 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **11. 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.

## **12. LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC**

**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.

**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 hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml để lấy dị 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **13. 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

**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 hoặc gây mê.

**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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **14. CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Các trường hợp áp xe túi lệ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan, bênh toàn thân không cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lệ đạo, dao phẫu thuật, bông gạc.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

- Có thể gây tê tại vùng quanh túi lệ hoặc gây mê.

***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.

- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.

- Ấn làm cho mủ thoát ra đường rạch.

- Băng.

- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.

- 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.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **15. KHÂU DA MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật 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, đèn 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **16. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI**

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu phục hồi bờ 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.

1. CHỈ ĐỊNH

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

1. 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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

* Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

1. 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).

1. Người bệnh

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

1. Hồ sơ bệnh án

* Theo quy định chung 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***

* Gây tê tại chỗ hoặc gây mê
  1. ***Kỹ thuật***

- Kiểm tra tổn thương, gắp hết dị vật trong vết thương, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

- Đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt

-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.

- 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.

- Khâu đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

1. 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).

1. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

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

1. ĐẠI CƯƠNG

Xử lí vết thương phần mềm tổn thương nông vùng mắt là một phẫu thuật 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.

1. CHỈ ĐỊNH

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

1. 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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

* Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

1. 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).

1. Người bệnh

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

1. Hồ sơ bệnh án

* Theo quy định chung 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***

* Gây tê tại chỗ hoặc gây mê
  1. ***Kỹ thuật***

- Kiểm tra tổn thương, gắp hết dị vật trong vết thương, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

- Đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

- Khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu

- Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu

- Khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

- Kết thúc phẫu thuật: tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

1. 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).

1. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **18. KHÂU PHỦ KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

**- Vết thương củng mạc**

- Vết thương mất rộng tổ chức giác mạc - củng 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 mê

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi để bộc lộ tổn thương

- Làm sạch mép vết thương, cắt lọc tối thiểu

- Bóc tách kết mạc

- Khâu phủ kết mạc che phần khuyết của nhãn cầu bằng mũi rời hoặc khâu vắt.

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

- 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 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. Khi 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).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **19. 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 mê

**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).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **20. 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.

- 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 mê

**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).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **21. THĂM DÒ, KHÂU VẾT THƯƠNG CỦNG MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thăm dò, 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.
* Chấn thương nghi ngờ có rách củng mạc có hoặc không kèm theo rách kết mạc

**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 mê.

**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).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **22. KHÂU LẠI MÉP MỔ GIÁC MẠC CỦNG MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu lại mép mổ giác mạc củng mạc là bước xử lí lại sau cấp cứu ban đầu khâu giác mạc củng mạc mà mép vết thương chưa kín hoặc có kẹt tổ chức nội nhãn. 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 hoặc phòi kẹt tổ chức nội nhãn vào mép rách đã khâu.

**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 mê.

**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:

- 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.

- 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.

- 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 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).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **23. CẮT BỎ NHÃN CẦU CÓ HOẶC KHÔNG CẮT THỊ THẦN KINH DÀI**

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1. CHỈ ĐỊNH

* Ung thư võng mạc giai đoạn I, II.
* Mắt mất chức năng không điều trị được bằng các phương pháp khác.

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Ung thư võng mạc giai đoạn III, IV.
* Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

* Bác sĩ chuyên khoa Mắt

1. Phương tiện

* Bộ dụng cụ cắt bỏ nhãn cầu.

1. Người bệnh

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

1. Hồ sơ bệnh án

* Theo quy định chung 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***

* Gây mê.
  1. ***Kỹ thuật***

- Cắt kết mạc quanh rìa.

- Dùng móc lác lần lượt lấy và cắt buông cơ trực trên, dưới, trong sát chỗ bám vào củng mạc.

- Kẹp giữ cơ trực ngoài ở sát chỗ bám bằng panh và cắt cơ khỏi nhãn cầu.

- Dùng kéo đầu tù bóc tách tổ chức xung quanh nhãn cầu và luồn ra sau cắt bỏ nhãn cầu với một đoạn thị thần kinh.

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

- Cầm máu.

- Khâu kết mạc.

- Tra thuốc sát trùng và mỡ kháng sinh.

- Nhét gạc vô trùng rồi băng ép hốc mắt.

***Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh***.

1. THEO DÕI

* Sau phẫu thuật:

+ Thay bằng hàng ngày. Đặt khuôn và lắp mắt giả sớm.

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

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

1. Sau phẫu thuật

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **24. MÚC NỘI NHÃN**

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1. CHỈ ĐỊNH

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

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

* Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

1. Phương tiện

* Bộ dụng cụ múc nội nhãn.

1. Người bệnh

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

1. Hồ sơ bệnh án

* Theo quy định chung 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***

* Gây mê.
  1. ***Kỹ thuật***

- Mở kết mạc quanh rìa

- Cắt củng mạc cách rìa 3mm.

- Cặp cố định mép củng mạc.

- Múc tổ chức nội nhãn, nạo sạch hắc mạc khỏi củng mạc.

- Đốt cầm máu củng mạc và đầu thị thần kinh.

- Khâu củng mạc.

- Khâu kết mạc.

- Tra thuốc mỡ kháng sinh.

- Băng ép.

\* Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

1. THEO DÕI

* Sau phẫu thuật: thay bằng hàng ngày. Đặt khuôn và lắp mắt giả sớm.

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

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

1. Sau phẫu thuật

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **25. CẮT THỊ THẦN KINH**

## **26. PHẪU THUẬT QUẶM (PANAS, CUENOD NATAF)**

**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.

## **27. MỔ QUẶM MI BẨM SINH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Quặm mi bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có nhiễm khuẩn nặng tại mắt như viêm kết mạc cấp, viêm mủ túi lệ, viêm loét giác mạc cấp, loét giác mạc thủng.

- Bờ mi có biến dạng như hở mi, hếch mi dẫn đến thất bại của phẫu thuật. Trong trường hợp này cần phẫu thuật quặm phối hợp với tạo hình mi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ mổ quặm.

- Dụng cụ cầm máu.

- Thuốc tê, thuốc sát trùng, mỡ kháng sinh tra mắt.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê

**2. Kỹ thuật**

**2.1. Phương pháp Panas**

- Xác định vạt da cần cắt bỏ

- Cắt vạt da mi cần loại bỏ

+ Đốt cầm máu bằng nhiệt hoặc dao lưỡng cực

+ Cắt một phần co vòng cung mi dưới vị trí vạt da cắt bỏ

+ Đóng cơ vòng cung mi

+ Khâu da mi

+ Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

- Thay băng hàng ngày.

- Tra và uống kháng sinh.

- Cắt chỉ sau 5 - 7 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong mổ**

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

**2. Sau mổ**

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

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **28. 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, KTV chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ giác mạc

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, Dung dịch betadin 5%, Mỡ kháng sinh.

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm 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**

**3.1. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**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, kháng sinh tại chỗ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **29. 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.

**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 hoặc gây mê.

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1m ,tiêm dưới kết mạc vùng rìa hoặc tiêm ở kết mạc gần cùng đồ

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

**VI. THEO DÕI**

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

- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

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

## **30. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới

- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn

- Sử dụng bơm tiêm có kim dài 2,5cm ,mũi kim đi vuông góc với da,tiêm sâu được 1cm,đưa mũi kim tiếp tuyến với nhãn cầu ra sau đến hết độ dài kim tiêm,kiểm tra kim tiêm có 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

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

## **31. TIÊM HẬU NHÃN CẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

- Dị ứng các thành phần của thuốc

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiêm hậu  nhãn cầu

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%,

**3. Người bệnh**

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

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới

- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn

- Sử dụng bơm tiêm có kim dài 3 cm,mũi kim đi vuông góc với da,tiêm sâu được 1cm ,đưa mũi kim tiếp tuyến với nhãn cầu ra sau đến hết độ dài kim tiêm, kiểm tra kim tiêm có 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

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

## **32. BƠM THÔNG LỆ ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm thông lệ đạo là kỹ thuật làm sạch đường dẫn lệ 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**

- Trẻ nằm ngửa trên bàn, 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chảy máu**

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

**2. Que thông đi sai đường**

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **33. 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 hoặc gây mê

**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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **34. 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, KTV chuyên khoa Mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ kết mạc

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, Dung dịch betadin 5%, kháng sinh nhỏ mắt.

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm 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**

**3.1. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**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, kháng sinh tra nhỏ 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 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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **35. ĐỐT LÔNG XIÊU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt 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

- 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.

**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***

- 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **36. BƠM RỬA LỆ ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Bơm rửa lệ đạo**

- Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.

- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc.

- Các trường hợp nghi ngờ tắc hẹp lệ đạo.

- Trước khi tiến hành thông lệ đạo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH ( Tương đối )**

* 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.

- 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, 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**

- Trẻ nằm ngửa trên bàn, 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chảy máu**

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **37. KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LẸO**

**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 KTV 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.

**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 hoặc gây mê.

***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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **38. RỬA CÙNG ĐỒ**

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1. 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, dị vật cùng đồ kết mạc

- Viêm kết mạc

- Các trường hợp bỏng nhãn cầu

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

* Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

1. 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.

1. Người bệnh

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

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

- Trẻ nằm ngửa trên bàn, 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

1. 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.

1. XỬ TRÍ TAI BIẾN

* Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **39. BÓC GIẢ MẠC**

1. **ĐẠI CƯƠNG:**

Bóc giả mạc là loại bỏ màng viêm màu trắng đục, bám vào mặt sau của mi mắt

1. **CHỈ ĐỊNH:**

- Bệnh viêm kết mạc có giả mạc

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc, tăm bông

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

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ 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:** Gây tê tại chỗ.
   2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi

- Sử dụng tăm bông, panh vi phẫu để lấy giả mạc ở kết mạc

- Rửa kết mạc cùng đồ

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

- Băng mắt.

1. 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.

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN:**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chổ hoặc toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **40. 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 KTV 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.

**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 hoặc gây mê

***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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **41. SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP**

1. **ĐẠI CƯƠNG:**

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

1. CHỈ ĐỊNH

- Khám mắt thường quy

- Các bệnh lý về võng mạc dịch kính

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

**-** Những bệnh toàn thân chưa cho phép

1. CHUẨN BỊ
2. **Người thực hiện:**

**-** Bác sĩ chuyên khoa mắt

1. Phương tiện

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp

- Thuốc: Giãn đồng tử

1. Người bệnh

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

- Tiền sử huyết áp.

1. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định chungcủa Bộ y tế.

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

1. 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.

1. XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không có

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **42. SOI GÓC TIỀN PHÒNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi góc tiền phòng là kĩ thuật khám giúp đánh giá tình trạng  góc tiền phòng

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

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

- Thuốc: giãn đồng tử

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**-**Dicain tê tại chỗ

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định chung của Bộ y tế.

**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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **43. 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, 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.

**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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **44. CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG: Bỏng mắt là một bệnh 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. T.ÁC NHÂN GÂY BỆNH**

***1. Do nhiệt:***

- Dầu mỡ sôi.

- Kim loại nóng chảy.

- Tia xạ : Cực tím - Rơnghen.

- Điện và tuyết CO2.

***2. Do hoá chất:***

- Do Bazơ: Vôi sống, vôi tôi, Amoniac….

- Do Axit: H2SO4, HCL, Axit Axetic, Alhydrit.

- Do các chất kích thích ăn mòn: Phốt phát, CL, Flo, Oxy.

***3. Do các chất gây phồng dộp da.***

- Thường sử dụng trong chiến tranh như Yperide

III. CHỈ ĐỊNH

* Bỏng mắt do các nguyên nhân

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**V. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

1. Phương tiện

* Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đò
* Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, dd Ringerlactat
* Thuốc tê dicain 1%.
* Dung dịch, mỡ kháng sinh.

1. 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.

1. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

**VI. THỰC HIỆN KĨ THUẬT**

- Điều trị bỏng mắt phải xử trí thật khẩn trương, đúng đắn thì mới có thể bảo tồn được chức năng sinh lý của mắt. Tiên lượng mắt bị bỏng phụ thuộc rất nhiều vào cách xử trí cấp cứu ban đầu.

- Điều trị bỏng mắt phải tuân theo nguyên tắc sau đây:

+ Loại bỏ chất gây bỏng ra khỏi mắt bằng cách rửa ngay bằng nước sạch.

+ Chống đau.

+ Chống nhiễm khuẩn (dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân).

+ Chống dính (tra thuốc mỡ, không băng).

+ Dinh dưỡng ở kết giác mạc.

**1. Loại bỏ chất gây bỏng:**

 - Tra Dicain 1% gây tê tại chỗ.

 - Lấy hết dị vật còn trong mắt. Nếu bỏng do vôi cục chưa tôi phải dùng panh gắp hết vôi cục ra (không nên rửa mắt ngay từ đầu). Rửa mắt bằng nước muối 9‰ hoặc nước đường nếu bỏng do vôi. Trước khi rửa mắt cần phải kiểm tra độ pH trong mắt, rửa xong phải kiểm tra đo lại độ pH. Nếu bỏng do bazơ cần phải rửa lâu hơn 30 phút cho tới khi pH trở về cân bằng (pH = 7). Không nên rửa mắt bằng dung dịch đối kháng.

**2.Giảm đau**

- Tại chỗ : Tra dung dịch Dicain 1%.

- Toàn thân : Uống Paracetamol.

**3.Chống dính:**

- Tra mắt dung dịch Atropin 1%.

- Chống dính mi cầu : Tra mỡ kháng sinh tách dính và có thể đặt khuôn.

**4.Dinh dưỡng kết mạc – giác mạc:**

- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc.

- Tiêm Divascol dưới kết mạc.

- Vitamin AD.

**5.Chống nhiếm trùng:**

- Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **45. 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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

## **46. 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.

**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 hoặc gây mê

**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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**. Nhãn khoa giản yếu tập 1, tập 2 tác giả Gs.Ts Phan Dẫn, nhà xuất bản Y học.

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

**3**. 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.

**47. 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.

**RĂNG HÀM MẶT**

**48. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI GIÁN TIẾP MẶT TRONG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật đặt và cố định khí cụ lên bề mặt lưỡi các răng bằng phương pháp gắn gián tiếp để có thể dịch chuyển răng theo ý muốn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.

- Gắn gián tiếp là kỹ thuật gắn chính xác, giảm thời gian trên miệng và được thực hiện thông qua khay gắn dựa trên mẫu thạch cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Lệch lạc răng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thân răng quá ngắn

- Có rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm nặng

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.

- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.

- Bộ dụng cụ gắn mắc cài: kẹp, thước….

2.2 Vật liệu

- Bộ mắc cài mặt lưỡi

- Hồ dán mắc cài vào mẫu thạch cao.

- Bộ vật liệu dán mắc cài hóa trùng hợp

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng lệch lạc răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1 Sửa soạn mẫu thạch cao dán mắc cài

- Lấy dấu 2 hàm.

- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

- Thiết kế và xác định vị trí đặt mắc cài trên mẫu thạch cao.

- Dán mắc cài lên mẫu thạch cao.

3.2 Ép máng dính mắc cài.

Thực hiện tại Labo theo chỉ định.

3.3 Gắn mắc cài trên miệng.

- Làm sạch mặt lưỡi các răng gắn mắc cài.

- Cách ly và cô lập các răng gắn mắc cài.

- Sửa soạn bề mặt các răng vùng gắn mắc cài:

+ Etching bề mặt men răng vùng định gắn mắc cài với acid phosphoric 35% trong 30 giây.

+ Rửa sạch.

+ Thổi khô bề mặt men đã xoi mòn.

+ Bôi keo dán lên bề mặt men răng đã xử lý.

- Gắn mắc cài vào mặt lưỡi các răng:

+ Phủ keo vào đế các mắc cài trong các khay gắn phân đoạn.

+ Gắn phân đoạn thứ nhất:

● Đặt từng phân đoạn có các mắc cài đã sửa soạn vào các mặt răng tương ứng.

● Ép nhẹ ngón tay lên mặt trong các răng tương ứng phân đoạn khay mắc cài (ngón cái đặt trên khay chỗ rìa cắn, các ngón khác tì vào mặt trong răng) và giữ khay trong thời gian khoảng 4 phút.

● Tháo khay bằng cách dùng mũi khoan chia cắt khay ở vùng kẽ răng cho từng răng và gỡ khay từ phía lợi lên phía rìa cắn.

+ Gắn các phân đoạn còn lại: Lặp lại quy trình trên.

- Kết thúc quy trình gắn mắc cài và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**49. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI GIÁN TIẾP MẶT NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật đặt và cố định khí cụ lên bề mặt ngoài các răng bằng phương pháp gắn gián tiếp để có thể dịch chuyển răng theo ý muốn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.

- Gắn gián tiếp là kỹ thuật gắn chính xác, giảm thời gian trên miệng và được thực hiện thông qua khay gắn dựa trên mẫu thạch cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Lệch lạc răng có chỉ định đặt mắc cài mặt ngoài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.

- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

**IV . CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Máy ép máng nhựa trong Biostar

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

- Kéo cắt

- Bộ dụng cụ gắn mắc cài: kẹp, thước….

2.2 Vật liệu

- Bộ mắc cài mặt ngoài

- Hồ dán

- Hệ thống keo dán mắc cài hóa trùng hợp

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng lệch lạc răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1 Chuẩn bị mẫu thạch cao

- Lấy dấu 2 hàm.

- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

- Thiết kế và xác định vị trí đặt mắc cài trên mẫu thạch cao.

3.2 Ép máng dính mắc cài.

Thực hiện tại Labo theo chỉ định.

3.3 Gắn mắc cài trên miệng.

- Làm sạch răng.

- Cách ly và cô lập các răng gắn mắc cài.

- Sửa soạn bề mặt các răng vùng gắn mắc cài:

+ Etching bề mặt men răng vùng định gắn mắc cài với acid phosphoric 35% trong 30 giây.

+ Rửa sạch.

+ Thổi khô bề mặt men đã xoi mòn.

+ Bôi keo dán lên bề mặt men răng đã xử lý.

- Gắn mắc cài vào mặt ngoài các răng:

+ Phủ keo vào đế các mắc cài trong các khay gắn phân đoạn.

+ Gắn phân đoạn thứ nhất:

● Đặt từng phân đoạn có các mắc cài đã sửa soạn vào các mặt răng tương ứng.

● Ép nhẹ ngón tay lên mặt trong các răng tương ứng phân đoạn khay mắc cài (ngón cái đặt trên khay chỗ rìa cắn, các ngón khác tì vào mặt trong răng) và giữ khay trong thời gian khoảng 4 phút.

● Tháo khay bằng cách dùng mũi khoan chia cắt khay ở vùng kẽ răng cho từng răng và gỡ khay từ phía lợi lên phía rìa cắn.

+ Gắn các phân đoạn còn lại: Lặp lại quy trình trên.

- Kết thúc quy trình gắn mắc cài và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương

**50. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI TỰ BUỘC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị các rối loạn lệch lạc răng có sử dụng mắc cài tự buộc.

- Mắc cài tự buộc có ưu điểm là tự giữ dây cung trong rãnh mắc cài mà không cần dây buộc, sinh lực ma sát thấp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các rối loạn lệch lạc răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có dị ứng với vật liệu mắc cài, dây cung kim loại.

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: các loại kìm , cây kẹp mắc cài, cây ấn dây cung, thước đo vị trí gắn mắc cài, banh miệng

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

- Dụng cụ làm sạch răng: chổi và chất đánh bóng.

- Đèn quang trùng hợp….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn band và mắc cài: Xi măng, composite.

- Bộ mắc cài tự buộc.

- Band hoặc ống cho các răng hàm lớn

- Các loại dây cung kim loại NiTi, SS, TMA với các kích thước: .012; .013; .014; .016 ; .014x.025; .016x.022; .016x.025; .017x.025; .018x.025; .019x .025

- Lò so đẩy, kéo …

**3. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Panorama, Cephalometric....

**4. Người bệnh**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1 Sửa soạn cho gắn mắc cài

- Lấy dấu cung răng hai hàm.

- Đổ các mẫu hàm bằng thạch cao cứng.

- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn cần gắn band nếu dùng band.

3.2. Gắn band và mắc cài.

- Lấy chun tách kẽ.

- Làm sạch răng bằng chổi và chất đánh bóng.

- Gắn band hoặc gắn ống cho các răng hàm lớn.

- Gắn mắc cài tự buộc cho các răng.

- Đặt dây cung vào rãnh mắc cài.Tùy theo tình trạng răng ( răng xoay, răng chen chúc) và giai đoạn điều trị mà sử dụng các loại dây khác nhau cho phù hợp:

3.2.1 Giai đoạn xếp thẳng răng:

- Giai đoạn đầu: Sử dụng dây Niti hoặc Cu-Niti có thiết diện tròn, lực nhẹ: .012 hoặc .013 hoặc .014.

Hẹn người bệnh tái khám sau 8-10 tuần một lần.

Thay dây kích thước lớn hơn sau 2- 5 tháng.

- Giai đoạn hoàn thiện xếp thẳng răng: Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật.014x.025 Cu-NiTi hoặc .016x.022 NiTi để điều chỉnh độ nghiêng ngoài - trong của răng.

Hẹn người bệnh tái khám sau 8 tuần một lần. Thay dây kích thước lớn hơn sau 2,5- 5 tháng .

3.2.2 Giai đoạn chỉnh tương quan răng hàm lớn và đóng khoảng.

Thường kéo dài 6-7 tháng.

- Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật .018x.025 Cu-NiTi hoặc .017x.025 SS. Hẹn người bệnh tái khám sau 4-6 tuần một lần.

- Kết hợp sử dụng chun chuỗi hoặc lò so đóng khoảng.

- Kết hợp sử dụng chun liên hàm chỉnh tương quan răng chiều trước – sau, chiều đứng.

3.2.3 Giai đoạn hoàn thiện. Thường kéo dài 2-2,5 tháng.

- Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật .019x.025 SS hoặc TMA.

3.3. Kết thúc điều trị:

- Tháo mắc cài, band hoặc các ống răng hàm lớn.

- Làm sạch răng.

- Lấy dấu hai hàm.

- Làm hàm duy trì và hướng dẫn người bệnh sử dụng hàm duy trì.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.

- Sang thương niêm mạc má do đầu dây cung dài: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.

## **51. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI TRỰC TIẾP MẶT NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật đặt và cố định khí cụ lên bề mặt ngoài các răng bằng phương pháp gắn trực tiếp với sự hỗ trợ của đèn quang trùng hợp, để có thể dịch chuyển răng theo ý muốn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Lệch lạc răng có chỉ định sử dụng mắc cài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.

- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo nắn chỉnh răng

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế răng.

- Bộ khay khám …

- Bộ dụng cụ gắn mắc cài

- Đèn quang trùng hợp.

- Chổi đánh bóng

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Banh miệng, bông gòn.

- Bộ mắc cài

- Bộ vật liệu chất gắn mắc cài quang trùng hợp.

- Chất đánh bóng…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng lệch lạc răng

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước kỹ thuật**

3.1. Lấy dấu và đổ mẫu hai hàm

- Lấy dấu hai hàm.

- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.

3.2. Sửa soạn răng để gắn mắc cài

- Làm sạch bề mặt các răng cần gắn mắc cài.

- Cô lập các răng gắn mắc cài.

- Étching bề mặt các răng tại vị trí dán mắc cài:

- Rửa sạch chất etching.

- Thổi khô

- Bôi keo dán lền bề mặt các răng tại vị trí vừa được etching

3.3. Đặt và gắn mắc cài lên bề mặt răng

- Đặt mắc cài đã có keo dán ở đế lên vị trí gắn.

- Chỉnh sửa mắc cài đúng vị trí.

- Lấy bỏ chất gắn thừa xung quanh đế mắc cài.

- Chiếu đèn quang trùng hợp

3.4. Kết thúc quy trình gắn mắc cài và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Sau quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

## **52. LÀM LÚN RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm lún các răng cửa hàm dưới.

- Để làm lún các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng cung tiện ích (utility arch), cung phụ làm lún phía trước.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Độ cắn trùm lớn , răng cửa giữa hàm trên ngả trước nhiều (góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên nhỏ hơn 70 độ)

- Hàm răng hỗn hợp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp khác

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: các loại kìm bẻ dây cung, thìa lấy dấu , bút đánh dấu …

- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao

+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.

+ Dây cung 0.016x0.016 , 0.016 x 0. 022 SS hoặc TMA HT.

**3. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

- Phim Panorama và Cephalomatric.

**4. Người bệnh**

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

- Các răng cửa hàm dưới đã kết thúc giai đoạn xếp thẳng hàng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Các bước thực hiện kỹ thuật**

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Tháo dây cung

- Lấy dấu răng hàm dưới cho BN. Đổ mẫu thạch cao đá.

- Trên mẫu thạch cao: thực hiện bẻ dây tạo cung tiện ích

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Tháo dây cung

- Lắp dây cung tiện ích vào ống band răng hàm lớn hàm dưới hai bên. Phần phía trước dây cung sẽ nằm ở đáy ngách tiền đình sao cho ,khi nâng dây lên ngang mức rãnh mắc cài răng cửa, lực đo được là 75gr.

- Chỉnh sửa dây cung nếu cần thiết.

- Cố định dây cung tiện ích bằng chun hoặc dây thép (với mắc cài tự buộc không cần thiết buộc dây chun hoặc dây thép).

\* Chú ý

- Kỹ thuật làm lún răng cửa hàm dưới sử dụng dây cung tiện ích thường gây nên các tác dụng nghiêng xa các răng hàm lớn HD , ngả môi các răng cửa hàm dưới.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 4 tuần)

- Kiểm tra lực, điều chỉnh lực nếu cần.

3.4. Kết thúc điều trị

- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm lún răng khi răng đạt vị trí mong muốn.

- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.

- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng cửa đang làm lún: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm trồi răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.

- Sang thương niêm mạc lợi miệng do lún band, gãy khí cụ:

+ Tháo khí cụ

+ Điều trị sang thương

## **53. LÀM TRỒI RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm trồi các răng cửa hàm dưới.

- Để làm trồi các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng khí cụ gắn chặt

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cắn hở theo chiều đứng tại vùng răng hàm nhỏ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Răng bị dính khớp (ankylosed )

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: thước đo lực, các loại kìm bẻ dây cung, thìa lấy dấu HD , bút đánh dấu …

- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao

+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.

+ Dây cung 0.016 x 0. 022 hoặc 0.017 x 0.025 SS HT.

+ Dây cung 0.014, 0.016, 0.018 Niti HD.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh (hoặc phụ huynh) đã được giải thích về kế hoạch điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

- Phim Panorama và Cephalomatric.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Lấy dấu răng HD cho BN. Đổ mẫu thạch cao đá.

- Trên mẫu thạch cao: thực hiện các bước sau :

+ Xác định răng cần làm trồi, các răng dự định gắn mắc cài trên mẫu (thường gắn răng nanh, răng hàm nhỏ thứ nhất và thứ hai)

+ Xác định và đánh dấu độ cao ống band và rãnh mắc cài các răng trên mẫu bằng bút chì

+ Bẻ dây cung 0.016 x 0.022 SS hoặc 0.017x0.025 SS sao cho khi dây cung đặt vào rãnh mắc cài các răng ( trừ răng cần làm trồi) ở tình trạng thụ động.

+ Chọn band cho răng hàm lớn thứ nhất HD bên có răng hàm nhỏ cần làm trồi

- Đặt chun tách kẽ răng hàm lớn thứ nhất HD bên có răng cần làm trồi

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Làm sạch răng bên có răng cần làm trồi .

- Lấy chun tách kẽ

- Thực hiện kỹ thuật dán band cho răng hàm lớn.

- Thực hiện kỹ thuật dán mắc cài cho răng cạnh răng cần làm trồi.

-Thực hiện một trong các cách sau:

- Dùng sợi chun , mắc vào mắc cài răng hàm nhỏ cần làm trồi, rồi buộc vào dây cung chính.( đảm bảo độ căng dây đạt lực 35-60gr).

- Hoặc sử dụng kỹ thuật hai dây: dây cung .016 NiTi được đặt vào rãnh mắc cài của răng hàm cần làm trồi.

**\* Chú ý:**

- Đảm bảo chiều cao ống band và rãnh mắc cài như đã đánh dấu trên mẫu .

- Đặt dây cung đã bẻ sẵn vào rãnh mắc cài đảm bảo dây ở tình trạng thụ động để không làm thay đổi vị trí các răng.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 4 tuần)

- Kiểm tra lực của dây chun ( 35-60gr), điều chỉnh lực nếu cần.

- Thay dây .016 bằng dây .018 NiTi.

3.4. Kết thúc điều trị

- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm trồi răng khi răng đạt vị trí mong muốn.

- Dừng làm trồi răng khi răng đạt vị trí mong muốn.

- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.

- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng hàm nhỏ đang làm trồi: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm trồi răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.

- Sang thương niêm mạc lợi miệng do lún band, gãy khí cụ:

+ Tháo khí cụ

+ Điều trị sang thương.

## **54. ĐÓNG KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật di chuyển các răng để đóng kín khoảng bằng khí cụ cố định trong điều trị các rối loạn lệch lạc răng.

- Bài này giới thiệu kỹ thuật đóng khoảng sử dụng loop đóng và chun chuỗi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Còn khoảng trống sau nhổ răng khi đã kết thúc giai đoạn 1 trong điều trị nắn chỉnh răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có tình trạng nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: Kìm kẹp dây cung, kìm kẹp chun, kìm cắt xa, …

- Bộ dụng cụ đặt vít neo chặn.

- Bơm tiêm, kim tiêm.

- Toan phẫu thuật….

2.2 Vật liệu

+ Lò so kéo các cỡ.

+ Chun chuỗi

+Vít neo chặn và lò so kéo dùng cho vít neo chặn, hook dài 6-10mm.

+ Thuốc tê

+ Thuốc sát trùng

+ Bông

+ Dây cung SS .016x22 hoặc .017x25….

**3. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

- Phim Panorama, Cephalometric….

**4. Người bệnh**

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

- Người bệnh đã được điều trị nắn chỉnh răng kết thúc giai đoạn 1 sắp thẳng răng.

**V. CÁC BƯƠC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1. Kéo lùi các răng trước ra sau: Được thực hiện theo hai bước

3.1.1. Bước 1: Kéo lùi răng nanh

- Đặt dây cung chính SS .016 x .022 hoặc .017 x .025.

- Cố định và liên kết các răng sau.

- Dùng chun chuỗi ( hoặc lò xo có hai móc kéo) mắc từ khối các răng sau vào mắc cài răng nanh để kéo lùi răng nanh.

- Thay chun chuỗi sau 2-3 tuần, hoặc thay lò xo kéo sau 4-6 tuần. Chú ý luôn đảm bảo lực kéo từ 70-120 gr.

- Khi kéo lùi răng nanh xong, thì chuyển sang bước 2, kéo lùi các răng cửa.

1.2. Bước 2- Kéo lùi khối răng cửa bằng loop đóng

- Cố định và liên kết răng nanh với các răng sau bằng dây ligature.

- Đặt dây SS .016 x.022 hoặc .017x.025 sau khi đã bẻ loop đóng sao cho loop nằm gần vùng răng trước cần kéo lùi..

- Đóng khoảng bằng điều chỉnh loop:

+ Tác dụng loop bằng cách kéo phần dây cung phía sau ống band răng sau, sao cho chân loop mở 1-2mm, rồi bẻ đầu tận của dây xuống tạo góc 30-45độ.

Điều chỉnh loop 4-5 tuần một lần.

3.2. Kéo các răng sau ra trước.

- Thực hiện các bước tương tự như kéo lùi khối răng trước nhưng ngược lại, và thực hiện kéo tiến từng răng. (buộc cố định khối răng trước, kéo từng răng sau ra trước).

3.3. Phối hợp kéo các răng trước ra sau và kéo các răng sau ra trước.

- Thực hiện buộc cố định các răng sau thành một khối và các răng trước thành một khối.

- Kéo 2 khối đóng khoảng bằng chun chuỗi (hoặc lò xo, hoặc loop đóng)

3.4. Kết thúc điều trị:

- Kết thúc giai đoạn đóng khoảng khi khoảng đã được đóng kín.

- Chuyển sang giai đoạn III ( giai đoạn hoàn thiện) của quá trình điều trị nắn chỉnh răng toàn diện.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.

- Sang thương niêm mạc do đầu dây cung dài, do loop, lò xo kéo cọ sát lợi:

+ Chỉnh dây cung nếu dây bị trượt sang một bên hoặc cắt đầu dây cung bị dài.

+ Chỉnh lại loop, lò xo.

+ Điều trị sang thương, nhiễm trùng.

## **55. ĐIỀU CHỈNH ĐỘ NGHIÊNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị rối loạn lệch lạc trục của răng bằng khí cụ cố định gắn trong miệng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trục răng nghiêng vào trong hoặc nghiêng ra ngoài.

- Trục răng nghiêng gần hoặc nghiêng xa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm quanh răng cấp vùng răng cần điều chỉnh.

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nắn chỉnh răng.

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.

- Bộ kìm bẻ dây các loại….

2.2 Vật liệu

- Các vật liệu thông thường trong nắn chỉnh răng, chun các loại.

- Dây cung kim loại thiết diện lớn 17x25, 19x25 hoặc dây TMA, hoặc dây Blue Elgiloy….

3. Người bệnh

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

- Người bệnh đã được gắn mắc cài điều trị nắn chỉnh răng và đang ở giai đoạn chỉnh chi tiết chuẩn bị kết thúc điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Các phim Panorama và Cephalometry….

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1. Lần hẹn 1:

- Tháo dây cung ra khỏi mắc cài và các band đã đặt ở giai đoạn điều trị trước.

- Xác định vị trí răng và hướng nghiêng cần điều chỉnh.

- Chọn lựa kỹ thuật điều chỉnh độ nghiêng răng: gắn lại mắc cài hoặc bẻ dây:

+ Điều chỉnh độ nghiêng gần xa bằng cách gắn lại mắc cài:

● Tháo mắc cài ra khỏi răng cần điều chỉnh.

● Đặt và gắn lại mắc cài để chỉnh được độ nghiêng gần – xa.

● Đặt và cố định dây cung Niti đi qua các mắc cài trên cung hàm.

+ Điều chỉnh độ nghiêng gần xa của răng bằng cách bẻ dây:

● Chọn dây cung chữ nhật loại dây kim loại hoặc dây TMA hoặc Blue Elgiloy thiết diện lớn 17x25, 19x25.

● Thử dây cung trên miệng.

● Đánh dấu vị trí bẻ ở phía gần và phía xa của một răng hoặc các răng cần điều chỉnh bằng bút chì chuyên dụng .

● Bẻ đoạn dây đã đánh dấu tạo thành một đoạn chéo so với mặt phẳng cắn sao cho có tác dụng chỉnh độ nghiêng gần – xa của răng bằng kìm mỏ chim hoặc kìm Tweed bẹt.

● Đặt và cố định dây cung đã bẻ vào các mắc cài trên cung hàm.

+ Điều chỉnh độ nghiêng ngoài trong thân răng bằng cách gắn lại mắc cài chuyên dụng:

● Tháo mắc cài đã được gắn ở giai đoạn điều trị trước ra khỏi răng cần điều chỉnh.

● Chọn mắc cài có độ nghiêng trong ngoài phù hợp.

● Đặt và cố định mắc cài đã chọn lên răng cần điều chỉnh.

● Đặt và cố định dây cung thiết diện lớn lên các mắc cài trên cung hàm.

+ Điều chỉnh độ nghiêng ngoài trong thân răng bằng cách bẻ dây:

● Chọn dây cung: chọn dây chữ nhật loại dây kim loại hoặc dây TMA

hoặc Blue Elgiloy thiết diện lớn17x25, 19x25.

● Thử dây cung trên miệng.

● Đánh dấu vị trí bẻ ở phía gần và phía xa của một răng hoặc các răng cần điều chỉnh bằng bút chì chuyên dụng.

● Bẻ dây: Dùng kìm Key Torque điều chỉnh độ nghiêng trong ngoài của dây cho một răng, dùng kìm Tweed điều chỉnh độ nghiêng trong ngoài của dây cho một nhóm răng.

● Đặt dây cung đã điều chỉnh độ nghiêng lên các mắc cài trên cung hàm và cố định dây.

3.2. Các lần hẹn tiếp theo:

- Đánh giá độ nghiêng các răng điều chỉnh.

- Đối với các trường hợp điều chỉnh độ nghiêng bằng gắn lại mắc cài: thay chun cố định, thay dây phù hợp.

- Đối với các trường hợp điều chỉnh độ nghiêng bằng bẻ dây: bẻ điều chỉnh lại dây.

3.3. Điều trị duy trì:

Khi răng đã đạt được độ nghiêng theo kế hoạch điều trị, thì điều trị duy trì bằng cách cố định các răng với dây Ligature trong thời gian tối thiểu 3 tháng.

3.4. Kết thúc điều trị:

- Tháo mắc cài.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong quá trình điều trị**

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và loại bỏ yếu tố gây sang chấn.

## **56. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng lạc chỗ có thể ngầm trong xương hoặc xuất hiện trên cung hàm nhưng sai vị trí. Trong bài này chỉ đề cập tới các trường hợp răng lạc chỗ đã mọc.

Răng lạc chỗ thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ, khó kiểm soát mảng bám răng và còn là nguyên nhân gây lệch lạc răng và gây rối loạn khớp cắn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lạc chỗ không có chỉ định nắn chỉnh.

- Răng lạc chỗ gây biến chứng hoặc có nguy cơ gây biến chứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

**2.2. Thuốc**

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng.

- Xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm:

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

- Phẫu thuật lấy răng thừa:

+ Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

+ Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

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

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

+ Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

+ Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **57. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Răng ngầm là răng không mọc ra được hoặc là một răng thừa.

- Các răng ngầm có thể là nguyên nhân của nang thân răng hoặc các biến chứng khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.

- Răng ngầm gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh.

- Răng ngầm có nang thân răng.

- Răng ngầm chèn ép thần kinh gây đau.

- Răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.

- Răng ngầm lạc chỗ gây rối loạn chức năng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

**2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Vật liệu ghép xương.

- Bông, gạc vô khuẩn.

- Kim, chỉ khâu.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng ngầm.

- Xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm:

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

- Phẫu thuật lấy răng ngầm:

+ Tạo vạt niêm mạc màng xương thích hợp để mở xương và lấy răng.

+ Mở xương: dùng dụng cụ thích hợp mở xương bộc lộ răng ngầm.

+ Chia cắt răng ngầm: dùng mũi khoan cắt răng và chia tách chân răng để dễ đưa răng ra khỏi xương hàm nếu cần.

+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng và các chân răng đã chia tách ra khỏi xương.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng vạt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tổn thương xương và các cấu trúc lân cận: Tùy từng trường hợp mà chọn giải pháp điều trị thích hợp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **58. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1 Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ mở xương.

- Bộ dụng cụ cắt răng.

- Kìm và bẩy thích hợp.

**2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.

- Thuốc gây mê.

- Thuốc sát khuẩn

- Vật liệu cầm máu.

- Vật liệu ghép.

- Kim, chỉ khâu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng mọc lệch.

- Xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm:

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

- Phẫu thuật lấy răng khôn lệch:

+ Tạo vạt:

\* Rạch niêm mạc màng xương.

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

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

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

+ Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.

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

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng phần mềm.

+ Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

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

## **59. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong các trường hợp răng khôn mọc lệch, thường gặp răng khôn lệch gần có thân răng bị kẹt dưới cổ răng hàm lớn liền kề. Vì vậy phải cắt thân răng để lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng và tránh tổn thương răng liền kề.

Trường hợp chân răng dị dạng hoặc nhiều chân thì cần phải cắt và chia tách chân răng lấy hết chân răng ra khỏi huyệt ổ răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề và răng có nhiều chân hoặc chân dị dạng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ nha khoa.

**2. Phương tiện**

**2.1 Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ mở xương

- Bộ dụng cụ cắt răng.

- Kìm bẩy thích hợp

**2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.

- Thuốc sát khuẩn

- Vật liệu cầm máu.

- Kim và chỉ khâu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.

- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc màng xương.

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

- Mở xương: Trong một số trường hợp cần mở xương, dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng cắt bỏ.

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

- Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.

- Cắt và chia tách chân răng.

- Lấy phần chân răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

## **60. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG CÓ TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhổ răng có tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật nhổ răng khó phải mở xương để lấy răng hoặc chân răng, sau đó có tạo hình xương ổ răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng hoặc chân răng bị kẹt giữa các răng lân cận hoặc cành lên xương hàm dưới

- Các trường hợp chân răng dị dạng như chân hình dùi trống, các răng nhiều chân cong dính vào nhau vv...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.

- Rạch và tạo vạt niêm mạc màng xương.

- Tách và bộc lộ xương hàm vùng mở xương.

- Mở xương: dùng mũi khoan cắt bỏ xương, bộc lộ răng hoặc chân răng.

- Lấy răng, chân răng: dùng dụng cụ thích hợp.

- Làm sạch vùng phẫu thuật và tạo hình xương ổ răng.

- Đặt vật liệu cầm máu.

- Khâu phục hồi niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **61. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật mở xương cho răng mọc là kỹ thuật lấy bỏ một phần xương hàm cản trở để mở đường cho răng mọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các răng vĩnh viễn còn nằm toàn bộ trong xương hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng đó.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng

- Bộ dụng cụ mở xương

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu cầm máu

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tạo vạt: tạo vạt niêm mạc hình thang hoặc hình vợt, tách bóc bộc lộ xương vùng răng ngầm.

- Mở xương: dùng mũi khoan cắt bỏ xương ổ răng từ ngoài vào để đủ khoảng cho răng mọc hoặc có thể kéo ra bằng kỹ thuật nắn chỉnh răng.

- Khâu đóng vạt niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **62. PHẪU THUẬT NẠO QUANH CUỐNG RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nạo cuống răng là phẫu thuật lấy bỏ phần viêm và hoại tử quanh cuống răng, giúp cho quá trình liền thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương u hạt quanh cuống răng.

- Các trường hợp sau điều trị nội nha mà chất hàn đi quá cuống răng gây bệnh lý vùng cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ.

- Tạo vạt:

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.

+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

- Mở xương: Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.

- Nạo quanh cuống răng :

+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng

+ Dùng cây nạo thích hợp nạo sạch quanh cuống răng

- Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng

- Khâu đóng vạt niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: Cầm máu.

## **63. PHẪU THUẬT CẮT CUỐNG RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cuống răng là phẫu thuật cắt bỏ phần cuống răng bệnh lý và mô hoại tử quanh cuống.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U hạt quanh cuống răng có kích thước lớn.

- Nang chân răng

- Chân răng cong biến dạng bất thường vùng cuống không thể hàn kín ống tủy tới cuống răng được.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở vùng cuống răng không lấy ra được ảnh hưởng kết quả điều trị tủy.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

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

- Răng bệnh lý đã được điều trị nội nha.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ.

- Tạo vạt:

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.

+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

- Mở xương: Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.

- Cắt cuống răng:

+ Dùng mũi khoan cắt và lấy bỏ phần cuống răng bệnh lý.

+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng.

- Hàn ngược cuống răng: Trong một số trường hợp có chỉ định.

- Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng.

- Khâu đóng vạt niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

## **64. CẤY LẠI RĂNG BỊ BẬT KHỎI Ổ RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cấy lại răng là kỹ thuật đặt lại răng đã bị bật khỏi ổ răng về vị trí ban đầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng bật khỏi ổ răng do chấn thương.

- Răng đã ra khỏi ổ răng do nhổ nhầm răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Mất xương ổ răng quá nhiều.

- Răng bị bật khỏi ổ răng quá 6 giờ.

- Răng bật khỏi ổ răng có tổn thương vùng chân răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

**2.2. Thuốc**

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Xử trí răng đã bị bật khỏi ổ răng

- Rửa sạch răng bằng nước muối sinh lí.

- Kiểm tra và đánh giá tình trạng dây chằng quanh răng và xương răng.

- Đặt răng vào môi trường dinh dưỡng hoặc nước muối sinh lí.

3.2 Kiểm soát huyệt ổ răng

- Bơm rửa và làm sạch huyệt ổ răng

- Đánh giá và kiểm soát tình trạng huyệt ổ răng.

3.3 Cấy răng trở lại vị trí ban đầu

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng bị bật nhổ ra khỏi dung dịch nuôi dưỡng và đặt vào huyệt ổ răng theo giải phẫu ban đầu.

- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng không chạm mặt phẳng cắn.

- Cố định răng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Răng lung lay: Cố định lại.

- Sang chấn khớp cắn: Chỉnh sửa khớp cắn.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

## **65. PHẪU THUẬT CẮT, NẠO XƯƠNG Ổ RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt, nạo xương ổ răng là kỹ thuật cắt, nạo xương hoại tử do bệnh lý hoặc tai biến điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm hoại tử xương ổ răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.

- Tạo vạt: đầu vạt phải nhỏ hơn cuống vạt, bề dài của vạt không được quá bề rộng vạt.

- Cắt xương: dùng mũi khoan và kìm bấm xương lấy bỏ toàn bộ vùng xương chết đến vùng xương bình thường.

- Làm sạch vùng phẫu thuật: rũa nhẵn bờ xương sắc, nạo tổ chức nhiễm trùng, rửa sạch.

- Khâu kín phục hồi vạt niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **66. CẮT LỢI XƠ CHO RĂNG MỌC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt nếp niêm mạc xơ cho răng mọc là kỹ thuật cắt bỏ phần nếp niêm mạc xơ cản trở mọc răng, giúp cho răng mọc được bình thường.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các răng vĩnh viễn nằm dưới nếp niêm mạc không thể tự mọc ra khỏi cung hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng nếp niêm mạc xơ cần phẫu thuật.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ.

- Rạch và cắt bỏ niêm mạc nếp niêm mạc xơ ở vùng trên răng mọc.

- Tách và kiểm soát niêm mạc nếp niêm mạc xơ đảm bảo đủ chỗ cho răng mọc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

## **67. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại vận động của môi.

- Phanh môi bám bất thường gây khe thưa răng cửa.

- Phanh môi bám bất thường làm co kéo nếp niêm mạc bờ gây viêm nếp niêm mạc hoặc co nếp niêm mạc.

- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại đeo hàm giả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Rạch và cắt phanh môi:

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

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

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

- Khâu phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **68. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc ảnh hưởng tới bám dính của hàm giả.

- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc là nguyên nhân của tổn thương mô quanh răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ.

- Bộc lộ và cắt phanh má:

+ Bộc lộ và làm căng phanh má định phẫu thuật.

+ Dùng dao cắt đường ngang, vuông góc với phanh má.

+ Bóc tách, bộc lộ và cắt đứt ngang dải xơ.

- Khâu niêm mạc má và nếp niêm mạc:

+ Tách hai bờ đường cắt.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **69. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật sửa chữa và tạo hình lại sống hàm sau nhổ răng hoặc mất răng, giúp cho việc mang hàm giả.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sống hàm vùng răng trước sau khi mất răng phát triển ra trước quá mức.

- Sống hàm biến dạng hình thể làm trở ngại mang hàm giả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng xương ổ răng cần phẫu thuật.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Rạch niêm mạc màng xương:

- Dùng dao rạch niêm mạc màng xương dọc theo sống hàm sao cho thuận nếp niêm mạc để bộc lộ phần sống hàm cần điều chỉnh.

- Bóc tách và bộc lộ sống hàm.

- Sửa chữa và tạo hình sống hàm.

- Khâu đóng niêm mạc màng xương.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **70. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1 Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .

- Bộ dụng cụ mở xương.

- Kìm bẩy thích hợp

**2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.

- Thuốc sát khuẩn

- Vật liệu cầm máu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bện**h

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.

- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

## **71. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm dưới mọc lệch .

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ mở xương.

- Bộ dụng cụ cắt răng.

- Kìm và bẩy thích hợp.

**2.2 Thuốc và vật liệu:**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.

- Thuốc sát khuẩn.

- Vật liệu cầm máu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Chuẩn bị đầy đủ theo đúng quy định.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.

- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng cần nhổ

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

## **72. PHẪU THUẬT NẠO TÚI QUANH RĂNG**

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

Nạo cuống răng là phẫu thuật lấy bỏ phần viêm và hoại tử quanh cuống răng, giúp cho quá trình liền thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương u hạt quanh cuống răng.

Các trường hợp sau điều trị nội nha mà chất hàn đi quá cuống răng gây bệnh lý vùng cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ Răng hàm mặt .

Trợ thủ

2. Phương tiện

***Dụng cụ***

Ghế máy nha khoa.

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***Thuốc***

Thuốc tê.

Thuốc sát khuẩn.

Dung dịch bơm rửa.

Vật liệu cầm máu.

Bông, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn.

Gây tê tại chỗ.

Tạo vạt:

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.

+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

Mở xương: Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.

Nạo quanh cuống răng :

+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng

+ Dùng cây nạo thích hợp nạo sạch quanh cuống răng

Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng

Khâu đóng vạt niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

Sau phẫu thuật

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

Chảy máu: Cầm máu.

## **73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật tạo hình lại nhú lợi trong điều trị các trường hợp biến dạng hoặc mất nhú lợi do các bệnh lý khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Biến dạng nhú lợi

- Mất nhú lợi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Co lợi loại III, IV theo Miller.

- Thiếu lợi sừng hóa.

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

**2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát khuẩn.

- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.

- Kháng sinh.

- Kim, chỉ khâu.

- Xi măng phẫu thuật….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê tại chỗ.

3.3 Tạo vạt lợi:

+ Rạch đường rạch hình bán nguyệt có độ dày bán phần và bề cong quay về phía cổ răng, cách bờ lợi ít nhất 2 mm.

+ Rạch đường rạch trong khe lợi cho đến khi gặp đường rạch bán nguyệt.

+ Dùng dao số 15 tạo vạt bán phần.

3.4 Di chuyển vạt

Kéo vạt về phía thân răng che phủ chân răng vùng co lợi. Chú ý không để vạt ở tình trạng căng quá mức.

- Ép chặt vạt bằng một miếng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý trong 5 phút.

3.5 Phủ xi măng phẫu thuật vùng phẫu thuật.

**VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **74. PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị tạo hình lợi, loại bỏ hoặc làm giảm túi quanh răng, tạo lại hình thể giải phẫu của lợi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau khi điều trị khởi đầu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

**2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát khuẩn.

- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.

- Kháng sinh.

- Xi măng phẫu thuật….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim X quang xác định tình trạng tiêu xương ổ răng vùng phẫu thuật.

- Các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

3.3 Tạo hình lợi và loại bỏ túi quanh răng

- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ phần mô lợi tách ra, các tổ chức hoại tử, tổ chức hạt và biểu mô bệnh lý ở mặt trong túi lợi.

- Làm sạch mặt chân răng lộ ra bằng đầu siêu âm hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm.

- Bơm rửa: bằng nước Oxy già 3V hoặc nước muối sinh lý

3.4 Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

## **75. PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị giảm hoặc loại bỏ túi quanh răng bằng phẫu thuật vạt.

- Hiện nay có 3 kỹ thuật phẫu thuật vạt là vạt Widman cải tiến, vạt không đặt lại vị trí, và vạt chuyển lại vị trí về phía cuống răng.

- Trong bài này, giới thiệu kỹ thuật vạt Widman cải tiến.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau điều trị khởi đầu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

**2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát khuẩn.

- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.

- Kháng sinh.

- Kim, chỉ khâu.

- Xi măng phẫu thuật….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim X quang xác định tình trạng quanh răng.

- Các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

3.3 Tạo vạt niêm mạc.

- Rạch tạo vạt niêm mạc lợi theo phương pháp Widman cải tiến.

- Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ xương ổ răng vùng phẫu thuật.

3.4 Loại bỏ tổ chức viêm trong túi quanh răng:

- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ các mô hoại tử, mô hạt phía thành trong của vạt và xương ổ răng.

- Dùng mũi khoan thích hợp sửa chữa tạo hình bờ xương ổ răng.

- Bơm rửa vùng phẫu thuật bằng nước muối sinh lý.

3.5 Khâu phục hồi.

- Đặt vạt lợi về vị trí thích hợp.

- Khâu đóng vạt.

3.6 Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

**VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

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

## **76. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG NẸP KIM LOẠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị cố định các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng nẹp kim loại liên kết các răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.

- Các răng lung lay do chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.

- Răng lung lay đơn lẻ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

**2.1.Phương tiện và dụng cụ:**

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: gương gắp, thám châm.

**2.2.Thuốc và vật liệu:**

- Cồn

- Thuốc tê

- Thìa lấy dấu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu

- Vật liệu gắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1 Sửa soạn trên miệng.

- Xác định các răng cần liên kết.

- Sửa soạn các vị trí đặt nẹp trên các răng nếu cần.

- Lấy dấu bằng vật liệu thích hợp.

- Đổ mẫu bằng thạch cao.

- Thiết kế nẹp trên mẫu thạch cao.

3.2 Đúc nẹp

Thực hiện tại Labo.

3.3 Đặt nẹp và cố định nẹp.

- Đặt nẹp vào các vị trí đã thiết kế ban đầu.

- Kiểm tra độ sát khít,độ ổn định và khớp cắn.

- Chỉnh sửa nẹp cho phù hợp.

- Cố định nẹp trên các răng đã sửa soạn bằng cement.

- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật**

**2. Sau khi điều trị**

+ Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

+ Hướng dẫn người bệnh cách kiểm soát mảng bám răng.

## **77. ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG CẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị dẫn lưu mủ và kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng ở vùng quanh răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp xe quanh răng cấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám châm.

- Bơm, kim tiêm.

- Dụng cụ trích rạch áp xe….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát khuẩn.

- Dung dịch nước muối sinh lý…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang đánh giá tình trạng quanh răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Dẫn lưu qua túi lợi:

- Dùng thám châm hoặc dụng cụ có đầu nhỏ dẹt ép vào thành túi lợi tương ứng với ổ áp xe.

- Dùng thám châm thâm nhập vào ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

3.2. Dẫn lưu qua đường rạch bên ngoài.

Khi áp xe quanh răng khó dẫn lưu qua đường túi lợi hoặc thấy rõ ở phía ngoài lợi thì dẫn lưu bằng đường rạch bên ngoài.

- Cách ly, làm khô và sát trùng.

- Gây tê tại chỗ.

- Dùng dao rạch đường rạch đứng qua phần di động nhất của tổn thương, đi từ lợi niêm đến bờ lợi.

Nếu chỗ sưng phồng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sưng phồng phía cuống răng và mở rộng đến bở lợi.

*Đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mủ.*

- Bơm rửa bằng nước ấm.

- Làm khô và chấm thuốc sát khuẩn.

Sau khi hết các triệu chứng cấp thì điều trị theo quy trình điều trị áp xe quanh răng mạn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Sau quá trình điều trị:**

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **78. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT KẾT HỢP COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sâu ngà răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với Composite và GIC

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó

lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…

- Bộ dụng cụ hàn GIC.

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Glass Ionomer Cement.

- Composite và vật liệu kèm theo.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích

và đồng ý điều trị điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

- Hàn lớp GIC:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu GIC

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy: Điều trị tủy.

- Tủy hoại tử: Điều trị tủy.

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

## **79. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy buồng bị tổn thương và bảo tồn phần tủy chân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tai biến thủng trần tủy trong quá trình sửa soạn lỗ sâu.

- Viêm tủy ở răng vĩnh viễn chưa đóng kín cuống.

- Răng hở tủy do chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có chỉ định điều trị nội nha.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Phương tiện và dụng cụ:***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng.

***2.2. Thuốc và vật liệu:***

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Vô cảm bằng gây tê tại chỗ bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.

- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Lấy tủy buồng

- Dùng nạo ngà sắc cắt lấy toàn bộ phần tủy buồng.

- Cầm máu.

3.5. Bảo vệ tủy chân và hàn phục hồi:

- Đặt Canxi hydroxit sát miệng ống tủy, phủ kín toàn bộ sàn tủy.

- Hàn kín buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.

- Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Tổn thương tủy chân: điều trị nội nha.

- Chảy máu mặt cắt tủy: cầm máu.

**2. Sau điều trị**

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy

## **80. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.

- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống.

- Răng có chỉ định nhổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Tay khoan nội nha

- Bộ trâm xoay máy điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng

các dụng cụ thích hợp.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay máy với tay khoan nội nha ( tốc độ 300 vòng/ phút ):

+ Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

+ Sử dụng các trâm xoay máy để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn,

dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

3.6. Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

## **81. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NÓNG CHẢY CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay cầm tay để tạo hình hệ thống ống tủy.

- Guttapercha nóng chảy là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian được đã được làm nóng chảy bởi hệ thống bơm gutta percha ở nhiệt độ cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.

- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống

- Răng có chỉ định nhổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2.** Phương tiện:

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

- Máy làm nóng chảy Gutta percha (Obturra ) cùng vật liệu và dụng cụ kèm theo.

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3.** Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4.** Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng: Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy: - Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các

dụng cụ thích hợp.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay

+ Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

+ Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn kim để bơm Gutta percha, kim đi trong lòng ống tủy

và phải tới được vị trí cách cuống răng 3mm-5mm.

- Dùng côn giấy đưa chất dán dính vào thành ống tủy .

- Đưa kim bơm gutta-percha vào trong ống tủy và bơm Gutta percha nóng chảy để hàn kín ống tủy. Lưu ý thời gian mỗi lần bơm dưới 20 giây

- Rút kim ra khỏi ống tủy sao cho không để gutta-percha ra theo.

- Lèn nhẹ Gutta percha vừa bơm bằng cây lèn

- Kiểm tra chất hàn ở 1/3 ống tủy về phía chóp răng trên Xquanguang. Nếu chưa đạt yêu cầu thì tiếp tục lèn bằng cây lèn nhỏ hơn cho đến khi ống tủy ở chóp được hàn kín.

- Tiếp tục bơm Gutta percha nóng chảy và lèn kín phần ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả sau hàn tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

## **82. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NÓNG CHẢY CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY.**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

- Guttapercha nóng chảy là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian được đã được làm nóng chảy bởi hệ thống bơm gutta percha ở nhiệt độ cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.

- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống

- Răng có chỉ định nhổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Tay khoan nội nha

- Bộ trâm xoay máy điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

- Máy làm nóng chảy Gutta percha (Obturra ) cùng vật liệu và dụng cụ kèm theo.

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng

các dụng cụ thích hợp.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay máy với tay khoan nội nha (tốc độ 300 vòng/phút):

+ Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

+ Sử dụng các trâm xoay máy để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy

- Chọn kim để bơm Gutta percha, kim đi trong lòng ống tủy và phải tới được vị trí cách cuống răng 3mm-5mm.

- Dùng côn giấy đưa chất dán dính vào thành ống tủy .

- Đưa kim bơm gutta-percha vào trong ống tủy và bơm Gutta percha nóng chảy để hàn kín ống tủy. *Lưu ý thời gian mỗi lần bơm dưới 20 giây*

- Rút kim ra khỏi ống tủy sao cho không để gutta-percha ra theo.

- Lèn nhẹ Gutta percha vừa bơm bằng cây lèn

- Kiểm tra chất hàn ở 1/3 ống tủy về phía chóp răng trên Xquanguang. Nếu chưa đạt yêu cầu thì tiếp tục lèn bằng cây lèn nhỏ hơn cho đến khi ống tủy ở chóp được hàn kín.

- Tiếp tục bơm Gutta percha nóng chảy và lèn kín phần ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả sau hàn tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

## **83. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG THỦNG SÀN BẰNG MTA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

-Thủng sàn tủy có thể là hậu quả của bệnh lý sâu răng hoặc tai biến trong điều trị nội nha.

- MTA **(**Mineral trioxide aggregate) là loại xi măng có tính tương hợp sinh học cao, kích thích lành thương và tái tạo xương cho nên được sử dụng để hàn kín lỗ thủng sàn tủy.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng thủng sàn tủy do bệnh lý sâu răng..

- Thủng sàn tủy do tai biến trong điều trị nha khoa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Người bệnh dị ứng với thành phần của MTA.

- Kích thước và vị trí lỗ thủng làm mất kiểm soát ống tủy chân răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ RHM.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D.

- Cây nhồi MTA

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu điều trị nội nha

- MTA

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2 Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3 Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:

+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.

+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng các dung dịch nước muối sinh lý, ôxy già 3 thể tích, Natri hypoclorid 2,5-5%...

- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy.

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại: Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

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

3.6 Hàn kín lỗ thủng sàn buồng tủy bằng MTA:

- Làm khô sàn tủy và lỗ thủng.

- Hàn lỗ thủng sàn bằng MTA:

+ Trộn MTA

+ Lấy MTA bằng cây nhồi MTA, đặt vào vị trí thủng sàn, lèn nhẹ.

- Hàn tạm buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.

3.7 Hàn kín lại buồng tủy và phục hồi thân răng ( lần hẹn sau ):

- Lấy bỏ lớp hàn tạm trên lớp MTA.

- Kiểm tra tình trạng sàn buồng tủy.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

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

- Viêm vùng chẽ chân răng: điều trị viêm vùng chẽ.

## **84. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG NGOÀI MIỆNG (RĂNG BỊ BẬT, NHỔ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị nội nha ở ngoài miệng để giữ bảo tồn răng trong các trường hợp răng bị bật nhổ ra khỏi ổ răng.

- Thời gian răng nằm ngoài huyệt ổ răng là yếu tố quan trọng nhất quyết định thành công của việc điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng bị bật khỏi ổ răng sau chấn thương

- Răng được chủ động nhổ do thầy thuốc để điều trị các bệnh lý liên quan.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Xương ổ răng vùng răng bị bật nhổ không đảm bảo cho việc cấy lại răng sau khi điều trị nội nha.

- Răng mới bật ra khỏi ổ răng có thể cấy lại ngay mà không

phải điều trị nội nha.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

- Cây nhồi MTA

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu điều trị nội nha

- MTA

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp xương ổ răng để xác định tình trạng xương ổ răng .

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp ổ răng.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Bảo vệ răng

Răng cần được chăm sóc trong suốt thời gian răng ở ngoài ổ răng: Giữ ẩm chân răng bằng dung dịch nước muối sinh lý.

3.2 Điều trị nội nha:

Trong suốt quá trình điều trị nội nha không được làm sang chấn hệ thống dây chằng và xương răng.

3.3 Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.4 Cách ly răng: Sử dụng đê cao su

3.5 Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.6 Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:

+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.

+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng các dung dịch nước muối sinh lý, ôxy già 3 thể tích, Natri hypoclorid 2,5-5%...

- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy.

3.7 Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1- 2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

+ Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

3.8. Hàn phục hồi thân răng

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

3.9. Cắm lại răng vào huyệt ổ răng:

- Đặt lại răng theo vị trí giải phẩu.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Cố định răng: Thời gian cố định có thể kéo dài 4-6 tuần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, Canxi hydroxide, GIC

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, Canxi hydroxide, GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Răng dính khớp hoặc di động bất thường- Tiêu chân răng hoặc xương quanh chân răng.

## **85. ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm quanh cuống đã điều trị tủy.

- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng sữa đến tuổi thay.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

- Dụng cụ tháo chất hàn cũ:

+ Dụng cụ tháo cầu chụp

+ Bộ sửa soạn đường vào ống tủy: mũi khoan các loại

+ Máy lấy cao răng P5 và đầu siêu âm nội nha

+ Bộ trâm điều trị lại.

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

- Vật liệu làm tan chất hàn cũ: Eugenate desobturator, Resin remove ...

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy và vùng cuống răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Loại bỏ chất hàn cũ:

- Tháo bỏ phục hình cũ (nếu có).

- Lấy bỏ chất hàn ở buồng tủy.

- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy:

+ Dùng dung môi làm mềm chất hàn.

+ Tháo bỏ chất hàn cũ bằng dụng

cụ thích hợp.

+ Đặt thêm chất làm tan mới và lặp lại quy trình trên cho đến hết chất hàn cũ trong lòng hệ thống ống tủy.

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

- Xác định chiều dài làm việc của ống tủy: Dùng máy đo chiều dài hoặc dựa trên Xquanguang.

- Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

- Sử dụng các file tạo hình ống tủy (cầm tay hoặc máy) để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.

- Làm sạch hệ thống ống tủy bằng cách bơm rửa với các dung dịch : nước muối sinh lý, ôxy già 3thể tích, Natri hypoclorid 2,5-5%...

- Chọn, thử côn gutta-percha chính: Chọn 1 côn gutta-percha chuẩn có đường kính phù hợp với file lớn nhất đã tạo hình đủ chiều dài làm việc của ống tủy

- Kiểm tra chiều dài của hệ thống ống tủy trên Xquanguang.

3.3. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

3.4 Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

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

## **86. PHẪU THUẬT NỘI NHA HÀN NGƯỢC ỐNG TỦY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nội nha hàn ngược ống tủy từ phía cuống răng để bảo tồn răng trong các trường hợp không thể hàn ống tủy theo phương pháp đi từ phía thân răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở 1/3 phía chóp răng mà không lấy ra được hoặc không đi qua được trong lúc sửa soạn ống tủy.

- Ống tủy tắc hoặc nội tiêu không thể tạo hình, hàn kín từ phía thân răng được, và có tổn thương vùng cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân như rối loạn đông máu, bệnh tim mạch, rối loạn hệ thống miễn dịch…

- Các nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.

- Tổn thương ở các chân răng phía hàm ếch của các răng nhiều chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng

- Mũi khoan kim cương các loại

- Bộ dụng cụ hàn ngược cuống răng

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu hàn ngược: MTA, Amalgam, IRM

- Vật liệu cầm máu

- Bông gạc vô khuẩn

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang răng để xác định tổn thương vùng cuống và tình trạng ống tủy chân răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Gây tê vùng và tại chỗ.

3.2 Bộc lộ cuống răng

- Rạch niêm mạc: Dùng dao mổ rạch niêm mạc màng xương hình thang tương ứng vùng cuống răng sao cho thuận lợi cho việc hàn ngược.

- Bóc tách vạt niêm mạc màng xương để bộc lộ xương.

- Mở xương: Dùng mũi khoan tròn tạo cửa sổ xương bộc lộ vùng tổn thương.

3.3. Cắt cuống răng

- Sử dụng mũi khoan trụ cắt bỏ chóp răng sao cho lấy hết mô thương tổn.

- Dùng mũi khoan thích hợp tạo góc cắt 45° so với trục của răng.

3.4. Sửa soạn xoang hàn ở mặt cắt chân răng

- Dùng các mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn ngược.

- Làm sạch mô tổn thương : Dùng dung dịch sát khuẩn bơm rửa ống tủy chân răng và mô tổn thương xung quanh.

3.5. Hàn kín xoang đã sửa soạn bằng vật liệu thích hợp như MTA, Amalgam hoặc IRM…

3.6. Đóng vạt

- Cầm máu

- Khâu đóng kín vạt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

+ Tổn thương xoang hàm: bơm rửa sạch và đóng kín.

+ Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

+ Chảy máu: cầm máu.

+ Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

## **87. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG CÓ SỬ DỤNG ĐÈN PLASMA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật dùng các chất oxy hóa được kích hoạt bởi ánh sáng đèn Plasma khử các chất mầu nhiễm trên răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng nhiễm màu ngoại sinh.

- Răng nhiễm màu nội sinh.

- Tẩy trắng răng theo yêu cầu thẩm mỹ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.

- Răng bị nhạy cảm ngà.

- Phụ nữ có thai.

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy răng

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm

- Bộ so mầu răng

- Đèn plasma

- Bộ cách ly nước bọt

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Bộ kit tẩy trắng răng

- Thuốc chống ê buốt răng

**3. Người bệnh**

Được giải thích về phương pháp điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Các bước thực hiện kỹ thuật**

- Làm sạch răng hai hàm

- Xác định mầu răng bằng bảng so mầu

- Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh

- Cách ly cô lập răng và bảo vệ niêm mạc:

+ Đặt lớp vật liệu bảo vệ lợi (Opaldam).

+ Thoa chất cách ly bảo vệ niêm mạc môi, má

- Sửa soạn bề mặt men răng:

+ Đặt thuốc mở men,

+ Chiếu đèn plasma 6-8 phút,

+ Lấy sạch thuốc mở men bằng bông gòn.

- Tẩy trắng răng 2 hàm:

+ Đặt gel tẩy trắng

+ Chiếu đèn plasma vuông góc với mặt răng trong thời gian 8 phút,

+ Lấy bỏ lớp gel tẩy trắng đã chiếu đèn.

+ Lặp lại chu trình đặt gel tẩy trắng và chiếu đèn plasma 3 lần.

- Đánh giá mức độ tẩy trắng:

+ Làm sạch gel tẩy trắng bằng bông ướt.

- Kết thúc điều trị.

+ Chống ê buốt bằng thoa gel Neutral sodium fluoride 1,1% vào bề mặt các răng đã tẩy trắng.

+ Hướng dẫn người bệnh chăm sóc hàm răng trong tuần lễ tiếp theo: Không sử dụng các chất nhiễm màu như trà cà phê, thuốc lá.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc lợi miệng do gel tẩy trắng: điều trị sang thương.

**2. Sau điều trị:** Ê buốt răng: Điều trị chống ê buốt.

## **88. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG BẰNG LASER**

## **89. TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật dùng các chất oxy hóa đưa vào buồng tủy của những răng đã được điều trị tủy để khử các chất mầu nhiễm trên răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng đã điều trị tủy

- Nhiễm màu ngoại sinh.

- Nhiễm màu nội sinh.

- Tẩy trắng răng theo yêu cầu thẩm mỹ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.

- Trẻ em dưới 18 tuổi.

- Phụ nữ có thai.

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy răng

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm

- Bộ so mầu răng

- Bộ cách ly nước bọt

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Hydrogen peroxide 20-30%

- Thuốc chống ê buốt răng

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án.**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Các bước thực hiện kỹ thuật**

***3.1 Lần hẹn 1***

- Làm sạch răng hai hàm

- Xác định mầu răng bằng bảng so mầu

- Cách ly cô lập răng và bảo vệ niêm mạc:

+ Đặt lớp vật liệu bảo vệ lợi (Opaldam).

+ Thoa chất cách ly bảo vệ niêm mạc môi, má

- Sửa soạn xoang đặt thuốc:

+ Mở đường vào buồng tủy, lấy đi toàn bộ chất hàn ở buồng tủy và đi vào tủy chân khoảng 2-3 mm.

+ Hàn 1 lớp GIC ở tủy buồng tương ứng với miệng ống tủy

- Đặt thuốc tẩy trắng

+ Bơm thuốc vào trong buồng tủy

+ Hàn buồng tủy bằng GIC

***3.2 Lần hẹn 2* ( Sau lần 1 từ 2-4 ngày)**

- Kiểm tra màu răng

- Lặp lại các bước như lần 1 nếu màu răng chưa đạt

- Nếu đạt:

+ Lấy sạch thuốc tẩy trắng

+ Hàn vĩnh viễn buồng tủy

- Kết thúc điều trị.

+ Hướng dẫn người bệnh chăm sóc hàm răng trong tuần lễ tiếp theo: Không sử dụng các chất nhiễm màu như trà cà phê, thuốc lá.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong quá trình điều trị**

- Sang thương niêm mạc lợi miệng do gel tẩy trắng: điều trị sang thương.

## **90. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NGUỘI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng ở đó tủy răng được thay thế bằng một loại vật liệu hàn ống tủy đặc biệt để phòng ngừa hiện tượng tái nhiễm trùng tủy răng..

- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.

- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống

- Răng có chỉ định nhổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn ngang trong nội nha .

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:

+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:

+ Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

3.6. Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide,

hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA,

hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

## **91. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay cầm tay để tạo hình hệ thống ống tủy

- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tủy không hồi phục

- Tủy hoại tử

- Viêm quanh cuống răng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa

- Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống

- Răng có chỉ định nhổ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm…

- Dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay

+ Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

+ Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

+ Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

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

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

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng

vật liệu thích hợp.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

## **92. CHỤP COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.

- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.

- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang xác định tình trạng răng làm chụp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

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

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

+ Mặt nhai hở: 0,5-1mm.

+ Mặt bên hở: khoảng 0,5-1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

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

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

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

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

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

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

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

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

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

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

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

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong quá trình điều trị**

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

**2. Sau khi điều trị**

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

## **93. CHỤP THÉP (KIM LOẠI)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.

- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.

- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn …

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng làm chụp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

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

+ Mặt nhai hở: 1-1,2mm.

+ Mặt bên hở: khoảng 1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

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

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

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

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

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

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

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

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

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

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

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

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong quá trình điều trị**

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

**2. Sau khi điều trị**

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

## **94. CHỤP SỨ KIM LOẠI THƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.

- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.

- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn ….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng làm chụp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

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

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

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.

+ Mặt bên hở: khoảng 1,2mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

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

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

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

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

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

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

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

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

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

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

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

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong quá trình điều trị**

Hở tủy răng: điều trị tủy răng.

**2. Sau khi điều trị**

Viêm tủy răng: điều trị tủy.

## **95. CHỤP THÉP CẨN NHỰA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.

- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.

- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn ….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng làm chụp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

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

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

+ Mặt nhai hở:1- 1,2 mm.

+ Mặt bên hở: khoảng 1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

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

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

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

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

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

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

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

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

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

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

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

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong quá trình điều trị**

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

**2. Sau khi điều trị**

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

## **96. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lung lay quá mức không còn chức năng ăn nhai

- Răng có bệnh lý vùng quanh răng không còn khả năng điều trị bảo tồn

- Các trường hợp sang chấn không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc

- Dùng kìm phù hợp lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng

- Cầm máu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm má

## **97. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và còn là ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chân răng còn lại do sâu răng

- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng

- Dùng kìm thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **98. NHỔ RĂNG THỪA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các răng thừa thường không có chức năng và còn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, là nguyên nhân làm lệch lạc răng và rối loạn khớp cắn.Vì vậy, trong hầu hết các trường hợp cần nhổ bỏ các răng thừa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng thừa không có chức năng thay thế răng khác

- Răng thừa mọc ngoài cung răng

- Răng thừa có hình thể bất thường gây ảnh hưởng thẩm mỹ

- Răng thừa là nguyên nhân gây lệch lạc răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

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

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định

- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.

- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân.

## **99. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng có bệnh quanh răng nặng không thể điều trị bảo tồn được.

- Các răng sâu mất nhiều mô cứng không còn khả năng bảo tồn.

- Các răng lung lay quá mức không điều trị bảo tồn được.

- Các răng thừa.

- Răng mọc lạc chỗ

- Các răng bị chấn thương mất mô cứng vùng thân răng hoặc gãy chân răng không điều trị bảo tồn được.

- Các răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

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

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định

- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.

- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân.

## **100. CẮT LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nếp niêm mạc trùm phủ bề mặt răng khôn thường gây ra ứ đọng thức ăn, là nguyên nhân gây viêm quanh thân răng và các biến chứng khác. Nếu răng không có chỉ định nhổ thì phải cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm để bộc lộ thân răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nếp niêm mạc trùm phủ một phần hoặc toàn phần thân răng mà răng không có chỉ định nhổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nếp niêm mạc trùm đang trong giai đoạn viêm cấp tính.

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính ở nơi khác trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .

- Thuốc tê.

- Dao điện hoặc máy đốt laser.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Xi- măng phẫu thuật.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định răng không có chỉ định nhổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa sạch túi quanh thân răng.

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ

- Cắt bỏ vạt quanh thân răng:

+ Dùng dao, kéo hoặc dao điện cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm phủ trên bề mặt và vạt quanh thân răng, đặc biệt phía xa để bộc lộ thân răng.

+ Kiểm soát bề mặt và quanh thân răng.

- Đặt xi-măng phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

## **101. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lung lay quá mức không còn chức năng ăn nhai

- Răng có bệnh lý vùng quanh răng không còn khả năng điều trị bảo tồn

- Các trường hợp sang chấn không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc

- Dùng kìm phù hợp lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng

- Cầm máu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **102. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và còn là ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chân răng còn lại do sâu răng

- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng

- Dùng kìm thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

## **103. NHỔ RĂNG THỪA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các răng thừa thường không có chức năng và còn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, là nguyên nhân làm lệch lạc răng và rối loạn khớp cắn.Vì vậy, trong hầu hết các trường hợp cần nhổ bỏ các răng thừa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng thừa không có chức năng thay thế răng khác

- Răng thừa mọc ngoài cung răng

- Răng thừa có hình thể bất thường gây ảnh hưởng thẩm mỹ

- Răng thừa là nguyên nhân gây lệch lạc răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

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

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định

- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.

- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân.

## **104. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng của răng sữa do sâu.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng sữa sâu ngà

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với GIC

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Glass Ionomer Cement….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để dễ làm sạch và đặt vật liệu.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Đặt dung dịch Coditioner vào xoang hàn trong 10 giây.

+ Rửa sạch và làm khô xoang hàn.

- Hàn phục hồi

+ Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.

+ Đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy.

**2. Sau quá trình điều trị**

Viêm tủy: Điều trị tủy.

## **105. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG DÂY CUNG KIM LOẠI VÀ COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng cách liên kết các răng bằng dây kim loại và cố định dây bằng composite.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.

- Các răng lung lay do chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa,

- Đèn quang trùng hợp….

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Composite các loại, etching, keo dán.

- Chêm gỗ, dây cung liên kết bằng thép không rỉ.

- Bột đánh bóng, bông gạc…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Chọn và sửa soạn dây cung.

- Xoi mòn bề mặt men răng vùng đặt và cố định các dây bằng acid phosphoric 37%.

- Rửa sạch.

- Đặt chêm gỗ vào khoảng giữa các kẽ răng.

- Cách ly các răng và làm khô bề mặt răng.

- Phủ keo dán lên bề mặt răng và chiếu đèn quang trùng hợp.

- Đặt dây cung vào mặt trong các răng ở vị trí phù hợp.

- Phủ dây cung bằng composite.

- Cố định dây cung bằng chiếu đèn quang trùng hợp.

## **106. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI DO MỌC RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các trường hợp răng mọc có thân răng không được bộc lộ và bị bao phủ bởi vạt quanh thân răng, là nguyên nhân gây ra các đợt viêm cấp.

Điều trị viêm lợi nhằm làm giảm mức độ viêm cấp của tổ chức quanh răng mọc, kết hợp với điều trị kháng sinh, chống viêm toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi nhiều do mọc răng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Thuốc tê.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.

- Dùng gạc sát khuẩn lau phần lợi viêm.

- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mủ, rạch phần nếp niêm mạc trùm theo chiều trước sau để dẫn lưu.

- Dùng kháng sinh toàn thân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

## **107. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các trường hợp răng khôn có thân răng không được bộc lộ và bị bao phủ bởi vạt quanh thân răng, là nguyên nhân gây ra các đợt viêm cấp.

Điều trị viêm quanh thân răng cấp nhằm làm giảm mức độ viêm cấp của tổ chức quanh răng bằng biện pháp dẫn lưu mủ kết hợp với điều trị kháng sinh, chống viêm toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm quanh thân răng cấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Thuốc tê.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.

- Dùng cây lấy cao răng nâng nhẹ vạt tách ra khỏi răng, dùng gạc sát khuẩn lau bên trong túi nếp niêm mạc lấy đi cặn bên dưới túi nếp niêm mạc.

- Bơm rửa lại túi nếp niêm mạc bằng nước ấm.

- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mủ, rạch phần nếp niêm mạc trùm theo chiều trước sau để dẫn lưu.

- Dùng kháng sinh toàn thân.

- Sau khi các triệu chứng cấp đã thuyên giảm, tùy từng trường hợp có thể nhổ răng hoặc cắt nếp niêm mạc trùm.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

## **108. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị tổn thương mô quanh răng do viêm.

- Viêm quanh răng là tình trạng bệnh lý với biểu hiện tiêu xương ổ răng, mất bám dính quanh răng và tạo thành túi lợi bệnh lý, là một trong các nguyên nhân gây mất răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm quanh răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định điều trị phẫu thuật quanh răng:

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ dụng cụ lấy cao răng

- Bộ dụng cụ phẫu thuật quanh răng….

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Dung dịch sát khuẩn.

- Thuốc tê

- Cồn, ôxy già, nước muối sinh lý

- Kháng sinh

- Xi măng phẫu thuật

- Kim, chỉ khâu

- Vật liệu ghép, màng sinh học….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng quanh răng.

- Các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

*3.1. Giai đoạn điều trị khởi đầu*

- Điều trị các tổn thương cấp tính quanh răng:

+ Điều trị áp xe lợi.

+ Điều trị áp xe quanh răng cấp.

+ Điều trị các tổn thương lợi cấp.

+ Điều trị viêm quanh thân răng cấp

+ Điều trị các răng viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp….

+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

+ Sửa chữa các phục hồi và /hoặc phục hình sai qui cách.

+ Hàn răng sâu.

+ Điều chỉnh khớp cắn sai.

+ Cố định răng lung lay.

+ Cắt phanh môi bám sai vị trí.

- Hướng dẫn người bệnh các biện pháp kiểm soát mảng bám răng, kiểm soát chế độ ăn.

***3.2. Điều trị phẫu thuật***

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể lựa chọn biện pháp điều trị phẫu thuật loại bỏ túi quanh răng và phục hồi mô quanh răng phù hợp:

- Nạo túi quanh răng

- Phẫu thuật lật vạt nạo túi quanh răng.

- Phẫu thuật cắt lợi

- Ghép xương và các vật liệu thay thế

- Phẫu thuật tái sinh mô có hướng dẫn….

*3.4. Điều trị phục hồi*

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể lựa chọn biện pháp điều trị phục hồi phù hợp:

- Phục hình tháo lắp

- Phục hình cố định

- Cấy ghép và phục hình trên implant.

*3.5. Điều trị duy trì*

- Lấy cao răng định kỳ

- Hướng dẫn người bệnh duy trì kiểm soát mảng bám răng và chế độ ăn hợp lý.

- Điều trị duy trì khớp cắn đúng…

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau quá trình điều trị

- Chảy máu: Cầm máu.

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

## **109. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Composite.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa ảnh hưởng đến tủy. Điều trị sâu ngà răng phải phục hồi lại mô cứng và bảo vệ tủy răng.

- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu ngà răng sữa.

- Sâu ngà răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với Composite.

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Phương tiện cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc và vật liệu bảo vệ tủy

- Composite và vật liệu kèm theo

- Chỉ co lợi,…

**2. Người bệnh**

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

**3. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp để làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA…

1 lớp dưới 1mm.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.

+ Rửa sạch xoang hàn.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây

- Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.

- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy: điều trị tủy

- Tủy hoại tử: điều trị tủy.

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

## **110. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi lại tổn thương mô cứng ở cố răng bằng Composite.

- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu cổ răng (lỗ sâu loại V).

- Tổn thương mô cứng ở cổ răng không do sâu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có dị ứng với Composite.

- Răng có tổn thương sâu cổ răng sát tủy.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Đèn quang trùng hợp.

- Bộ dụng cụ hàn composite.

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Chỉ co lợi.

- Composite và vật liệu kèm theo.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Đặt chỉ co lợi.

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở

rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA… 1 lớp dưới 1mm.

.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.

+ Rửa sạch xoang hàn.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây

+ Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy : điều trị tủy

- Tủy hoại tử: điều trị tủy.

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

## **111. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng pin cắm trực tiếp vào mô ngà răng nhằm nâng đỡ và phục hồi mô cứng của răng.

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Răng tổn thương mất mô cứng sát tủy răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Phương tiện cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ cắm pin ngà.

***2.2 Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát trùng.

- Bộ vật liệu pin ngà.

- Vật liệu phục hồi thân răng.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Cách ly vùng làm việc.

- Sửa soạn răng:

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Dùng mũi khoan kim cương trụ nhỏ tạo các lỗ chốt song song trên mô ngà lành.

- Kiểm tra pin ngà.

- Gắn pin ngà.

- Hàn phục hồi thân răng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Gãy pin ngà: phục hồi lại mô cứng của răng.

- Gãy nứt thân - chân răng: tùy tình trạng đường gãy có thể phải chỉ định nhổ răng.

- Viêm tủy không hồi phục : tháo bỏ pin ngà - điều trị nội nha.

## **112. CHỤP TỦY BẰNG HYDROXIT CANXI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

- Hydroxit Canxi có khả năng khảng khuẩn, tạo điều kiện lành thương cho mô tủy.3

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy có hồi phục.

- Răng sâu ngà sâu có nhạy cảm ngà

- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoang hàn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có viêm quanh răng nặng.

- Răng viêm tủy có hồi phục mà có hở tủy.

- Răng có mô tủy Canxi hóa cục bộ hoặc toàn bộ.

- Người bệnh có các bệnh nhiễm trùng toàn thân cấp tính hoặc giai đoạn đang tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm

- Phương tiện cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Hydroxit canxi.

- Bộ dụng cụ hàn răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Hydroxit canxi.

- Vật liệu hàn vĩnh viễn.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô xoang hàn.

- Đặt Hydroxit canxi:

+ Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.

+ Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:

+ Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam… phục hồi phần còn lại của xoang hàn.

+ Kiểm tra khớp cắn.

+ Hoàn thiện phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Chảy máu tủy: tùy trường hợp có thể cầm máu hoặc điều trị tủy.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy không hồi phục: điều trị tủy.

- Tủy hoại tử : điều trị tủy.

## **113. MÁNG HỞ MẶT NHAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật làm phương tiện cố định các xương hàm trong phẫu thuật điều trị gãy xương hàm cho trẻ em giai đoạn răng sữa và răng hỗn hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị cố định gãy xương hàm trẻ em giai đoạn răng sữa.

- Điều trị cố định gãy xương hàm trẻ em giai đoạn răng hỗn hợp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hàm ở trẻ em chưa mọc răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu.

- Vật liệu đổ mẫu….

**3. Người bệnh:**

Được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Panorama xác định đường gãy xương hàm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn mẫu cho làm máng.

- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao đá.

- Xác định đường cưa cắt mẫu.

- Cắt mẫu theo đường đã được xác định.

- Ghép và cố định mẫu.

- Thiết kế làm máng trên mẫu thạch cao đã cắt và ghép.

3.2. Làm máng hở mặt nhai: Thực hiện tại labo.

3.3. Hoàn thiện máng.

- Đặt thử máng trên mẫu.

- Chỉnh sửa máng cho phù hợp.

- Chuyển máng để điều trị cố định gãy xương hàm.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong quá trình thực hiện quy trình:**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Rơi chất lấy dấu vào đường thở: Lấy dị vật.

## **114. KỸ THUẬT MÀI CHỈNH KHỚP CẮN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ các điểm chạm sớm và các điểm cản trở khớp cắn để điều trị và dự phòng lệch lạc khớp cắn, các bệnh về răng, quanh răng và khớp thái dương hàm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sai lệch cắn khít trung tâm do có điểm chạm sớm.

- Sai lệch cắn khít trung tâm do cản trở cắn ở hàm răng sữa, hỗn hợp hoặc vĩnh viễn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm.

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.

- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.

- Bộ càng nhai, cung mặt.

- Bút đánh dấu da….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Sáp lá hồng, sáp nhôm hoặc silicone đặc

- Giấy thử cắn độ dày 40µm màu đỏ và màu xanh….

**3. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

- Phim Panorama và Cephalometric.

**4. Người bệnh**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước tiến hành**

3.1. Chuẩn bị các mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

- Lấy tương quan hàm trên bằng cung mặt

- Ghi tương quan hai hàm ở tương quan tâm

3.2 Xác định mức độ mài chỉnh các mẫu trên càng nhai.

- Vào mẫu trên càng nhai dựa trên các tương quan đã lấy.

- Xác định các điểm cản trở cắn, điểm chạm sớm trên càng nhai.

- Đánh dấu các điểm chạm sớm.

- Dùng mũi khoan mài chỉnh các điểm chạm sớm trên mẫu thạch cao.

- Đánh dấu các vị trí đã mài chỉnh.

3.3. Mài chỉnh các điểm chạm sớm trên miệng.

- Đối chiếu và đánh dấu các điểm cần mài trên răng theo mẫu.

- Dùng mũi khoan kim cương mài chỉnh các điểm chạm sớm đã đánh dấu.

- Hướng dẫn người bệnh cắn khít ở vị trí trung tâm, kiểm tra tình trạng cản trở và chỉnh sửa tiếp nếu cần.

- Kiểm tra lại chức năng khớp cắn động:

Hướng dẫn người bệnh chuyển động hàm dưới các hướng và chỉnh sửa nếu cần.

- Chống ê buốt các răng mài chỉnh.

- Hướng dẫn người bệnh:

+ Cách ăn nhai đều 2 bên.

+ Loại bỏ thói quen xấu nếu có.

3.4. Kết thúc điều trị:

- Đánh giá tình trạng khớp cắn, chuyển giai đoạn điều trị nếu cần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

- Ê buốt răng: Điều trị ê buốt.

## **115. THÁO CHỤP RĂNG GIẢ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mang chụp có bệnh lý tủy răng.

- Răng mang chụp có bệnh lý viêm quanh cuống răng.

- Chụp sứ vỡ.

- Chụp răng không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.

- Người bệnh có kế hoạch điều trị tia xạ vùng miệng và hàm mặt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Răng mang chụp lung lay độ 4.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ tháo chụp.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1 Cắt chụp.

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

- Dùng dụng cụ thích hợp nới lỏng chụp.

3.2 Tháo chụp

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

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

**2. Sau khi điều trị**

Không có tai biến.

## **116. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT HÓA TRÙNG HỢP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với GIC.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn bề mặt răng:

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

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

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

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

+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

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

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

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

+ Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **117. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT QUANG TRÙNG HỢP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm bằng GIC.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với GIC.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn bề mặt răng:

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

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

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

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

+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

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

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

- Chiếu đèn 20 giây.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **118. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE HÓA TRÙNG HỢP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với Composite.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Composite và vật liệu kèm theo….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn bề mặt răng:

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

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

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

+ Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây

+ Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

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

+ Chỉnh sửa bề mặt trám bít.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **119. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với Composite.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Composite và vật liệu kèm theo….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn bề mặt răng:

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

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

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

+ Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây

+ Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

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

+ Chỉnh sửa bề mặt trám bít.

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

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **120. PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG VỚI THUỐC BÔI BỀ MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị dự phòng sâu răng bằng Fluor độ tập trung cao sử dụng tại chỗ do thầy thuốc thực hiện.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu răng sớm.

- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.

- Sâu răng lan nhanh.

- Nhạy cảm ngà.

- Trẻ em ở khu vực thiếu Fluor cung cấp theo đường toàn thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor răng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ dụng cụ làm sạch mặt răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Tăm bông.

- Vécni Fluor có nồng độ Fluor cao.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Làm sạch bề mặt răng:

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).

- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng

- Làm khô răng.

3.2. Đặt Fluor

- Cách ly và cô lập răng.

- Dùng tăm bông có Vécni Fluor phủ một lớp mỏng Fluor lên bề mặt răng.

- Hướng dẫn người bệnh không ăn nhai, không đánh răng trong thời gian 2 giờ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Không có tai biến.

## **121. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC.**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị bảo tồn tủy răng trong các trường hợp viêm tủy nhẹ có khả năng hồi phục bằng cách loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên gây kích thích tủy. II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy nhẹ do sâu có khả năng hồi phục.

- Răng viêm tủy nhẹ do chấn thương có khả năng hồi phục

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy có hở tủy do sâu răng.

- Răng có mô tủy canxi hóa

- Răng có chỉ định nhổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn

- Vật liệu chụp tủy : Canxi hydroxit, hoặc vật liệu chụp tủy khác….

- Vật liệu hàn phục hồi….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng tổn thương răng.

**V. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.

+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ mô ngà bệnh lý và hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô.

- Đặt vật liệu chụp tủy:

+ Đặt canxi hydroxit hoặc vật liệu chụp tủy khác phủ kín đáy xoang hàn.

+ Dùng viên bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt hydroxit canxi

- Hàn phục hồi xoang hàn:

+ Hàn phục hồi bằng GIC hoặc vật liệu phục hồi khác.

+ Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Điều trị tủy.

**2. Sau quá trình điều trị**

Viêm tủy : Điều trị tủy.

## **122. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG SỮA, BẢO TỒN TỦY CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HOC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy răng bị nhiễm trùng ở buồng tủy và bảo tồn phần tủy ở chân răng bằng vật liệu sinh học.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hở tủy trong quá trình sửa soạn xoang hàn điều trị sâu ngà.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện:**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...

- Bộ cách ly răng.

- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng:

+ Nạo ngà sắc hoặc mũi khoan.

2.2. Thuốc và vật liệu sinh học:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh/người giám hộ được giải thích và đồng ý với kế hoạch điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim X-quang.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Kiểm tra lại các hình ảnh X-quang.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ.

3.2. Cách ly răng

- Sử dụng đê cao su.

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.

- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Lấy tủy buồng

- Dùng nạo ngà sắc hoặc mũi khoan cắt lấy toàn bộ phần tủy buồng.

- Cầm máu bằng viên bông vô trùng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị:**

- Tổn thương tủy chân: Điều trị tủy

- Chảy máu mặt cắt tủy: Cầm máu, nếu không cầm máu thì phải lấy tủy toàn bộ.

**2. Sau điều trị:**

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy.

- Tủy hoại tử: Điều trị tủy.

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

## **123. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng mà tủy răng được thay thế bằng một loại vật liệu hàn ống tủy đặc biệt để phòng ngừa hiện tượng tái nhiễm trùng tủy răng..

- Guttapercha là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.

- Răng tủy hoại tử.

- Răng viêm quanh cuống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha

- Máy đo chiều dài ống tủy

- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha

- Bộ cách ly cô lập răng

- Bộ lèn nội nha A-D…

- Máy làm nóng chảy Gutta percha (Obturra ) cùng vật liệu và dụng cụ kèm theo.

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy

- Vật liệu điều trị nội nha…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định

- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:

+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.

+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: thăm dò

ống tủy bằng trâm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy, dùng chất bôi trơn và làm mềm thành ống tủy.

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy

- Chọn kim để bơm Gutta percha, kim đi trong lòng ống tủy và phải tới được vị trí cách cuống răng 3mm-5mm.

- Dùng côn giấy đưa chất dán dính vào thành ống tủy .

- Đưa kim bơm gutta-percha vào trong ống tủy và bơm Gutta percha để hàn kín ống tủy. *Lưu ý thời gian mỗi lần bơm dưới 20 giây*

- Rút kim ra khỏi ống tủy sao cho không để gutta-percha ra theo.

- Lèn nhẹ Gutta percha vừa bơm bằng cây lèn

- Kiểm tra chất hàn ở 1/3 ống tủy về phía chóp răng trên Xquang. Nếu chưa đạt yêu cầu thì tiếp tục lèn bằng cây lèn nhỏ hơn cho đến khi ống tủy ở chóp được hàn kín.

- Tiếp tục bơm Gutta percha và lèn kín phần ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả sau hàn tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

**2. Sau điều trị**

- Tủy hoại tử : Điều trị tủy- Viêm cuống răng: điều trị viêm quanh răng.

## **124. HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng bằng GIC với dụng cụ cầm tay.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng sâu ngà.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Người bệnh dị ứng với GIC.

- Tổn thương sâu sát tủy.

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt .

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế hoặc bàn cho người bệnh nằm.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ dụng cụ hàn GIC.

- Bộ cây nạo ngà.

- Bộ cây vạt men….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- GIC và vật liệu kèm theo.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Làm sạch bề mặt răng.

+ Dùng cây vạt men thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu

+ Dùng cây nạo ngà thích hợp lấy mô ngà bệnh lý và hoại tử

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý

+ Làm khô xoang hàn.

+ Đặt dung dịch conditioner vào xoang hàn trong 10 giây

+ Rửa sạch và làm khô xoang hàn.

- Hàn phục hồi

+ Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.

+ Phủ dầu cách ly, đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Trong quá trình điều trị**

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

**2. Sau quá trình điều trị**

Viêm tủy : Điều trị tủy.

## **125. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng sữa do sâu bằng Amalgam.

- Amalgam là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có tính chịu lực cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng sữa sâu ngà.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng sữa có bệnh lý viêm tủy, tủy hoại tử, viêm quanh cuống….

- Người bệnh dị ứng với một trong các thành phần của amalgam.

- Răng sâu ngà rộng, mất nhiều thành, khó lưu giữ khối phục hồi.

- Sâu răng sữa ở các răng trước.

**IV. CHUẨN BỊ.**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn amalgam: cây đưa amalgam, cây điêu khắc, đai hàn, chêm gỗ, các mũi đánh bóng, dụng cụ đánh amalgam….

- Bộ dụng cụ trộn amalgam

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Amalgam.

- Vật liệu hàn lót….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp hoặc nạo ngà lấy sạch mô ngà hoại tử.

+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn theo Black.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô.

- Hàn lót bảo vệ tủy:

+ Sửa soạn vật liệu hàn lót: Trộn xi măng GIC hoặc các vật liệu hàn lót khác.

+ Đưa vật liệu hàn lót đã chuẩn bị phủ lớp mỏng ở đáy xoang hàn để che phủ các ống ngà và bảo vệ tủy răng.

+ Sửa soạn đáy xoang hàn sau khi hàn lót.

- Hàn Amalgam:

+ Đặt từng lớp amalgam vào xoang hàn.

+ Lèn chặt amalgam từng lớp đến khi đầy xoang hàn.

+ Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

+ Đánh bóng sau 24h bằng mũi hoàn thiện.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Ê buốt răng: Hàn lại với chất hàn lót.

- Viêm tủy : Điều trị tủy.

## **126. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Composite.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa ảnh hưởng đến tủy. Điều trị sâu ngà răng phải phục hồi lại mô cứng và bảo vệ tủy răng.

- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng sữa sâu ngà.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng sữa có bệnh lý viêm tủy, tủy hoại tử, viêm quanh cuống….

- Người bệnh dị ứng với một trong các thành phần của amalgam.

- Răng sâu ngà rộng, mất nhiều thành, khó lưu giữ khối phục hồi.

- Sâu răng sữa ở các răng trước.

**IV. CHUẨN BỊ.**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc và vật liệu bảo vệ tủy

- Composite và vật liệu kèm theo

- Chỉ co lợi,…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp hoặc nạo ngà lấy sạch mô ngà hoại tử.

+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn theo Black.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA…

1 lớp dưới 1mm.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.

+ Rửa sạch xoang hàn.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây

- Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.

- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Ê buốt răng: Hàn lại với chất hàn lót.

- Viêm tủy : Điều trị tủy.

## **127. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với GIC.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn bề mặt răng:

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

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

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

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

+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

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

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

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

+ Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **128. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT (GIC)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng của răng sữa do sâu.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng sữa sâu ngà

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với GIC

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Glass Ionomer Cement….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để dễ làm sạch và đặt vật liệu.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô xoang hàn.

+ Đặt dung dịch Coditioner vào xoang hàn trong 10 giây.

+ Rửa sạch và làm khô xoang hàn.

- Hàn phục hồi

+ Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.

+ Đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy.

**2. Sau quá trình điều trị**

Viêm tủy: Điều trị tủy.

## **129. NHỔ RĂNG SỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa đến tuổi thay.

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: gương, gắp….

- Bộ dụng cụ nhổ răng sữa….

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Bông, gạc vô khuẩn….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquanguang xác định tình trạng răng sữa và mầm răng vĩnh viễn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

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

- Nhổ răng:

+ Tách lợi.

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

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

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

## **130. NHỔ CHÂN RĂNG SỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng sữa ra khỏi huyệt ổ răng, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn trong khoang miệng và tạo khoảng cho răng vĩnh viễn mọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Còn chân răng sữa ở thời kỳ mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Còn chân răng sữa khi đã mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Chân răng sữa là nguyên nhân gây viêm nhiễm tại chỗ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ .

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ nhổ chân răng sữa….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Bông, gạc vô khuẩn….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm; Tùy trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Nhổ chân răng sữa:

+ Tách lợi.

+ Dùng kìm hoặc bẩy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: Điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

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

## **131. ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT NIÊM MẠC MIỆNG TRẺ EM**

## **132. CHÍCH APXE LỢI TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị áp xe lợi bằng chích và dẫn lưu mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Áp xe lợi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Bơm, kim tiêm.

- Dụng cụ chích và dẫn lưu mủ.

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Dung dịch oxy già 10 thể tích,bông gạc…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng chuyển sóng.

- Gây tê tại chỗ.

- Trích áp xe:

+ Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng.

+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc ôxy già 3 thể tích.

+ Phủ bằng gạc.

+ Sau khi ngừng chảy máu cho người bệnh .

+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có tai biến.

## **133. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm lợi có thể không liên quan với các bệnh lợi khác nhưng cũng có thể gặp ở các người bệnh viêm lợi mạn.

- Viêm lợi hay gặp ở những người suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng và vệ sinh răng miệng kém.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ răng hàm mặt.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ nha chu

- Bộ dụng cụ khám

- Các thuốc điều trị.

**3. Người bệnh**

Được giải thích các vấn đề liên quan tới bệnh

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**Lần 1:** Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính.

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông

- Giảm đau tại chỗ

- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương

- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm

- Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm

- Cho người bệnh xúc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.

- Cho người bệnh xúc miệng chlohexidine 0,12 %, mỗi ngày 2 lần.

- Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.

- Lưu ý:

+ Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu

+ Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần

+ Hướng dẫn người bệnh:

\* Xúc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.

\* Xúc miệng chlohexidine 0,12 %, mỗi ngày 2 lần

\* Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị

\* Hạn chế chải răng

\* Tránh gắng sức quá mức.

**Lần 2:** Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng người bệnh và tình trạng tổn thương

- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục

- Hướng dẫn người bệnh như lần 1.

**Lần 3:** Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng

- Hướng dẫn người bệnh:

+ Ngừng xúc miệng nước oxy già

+ Duy trì xúc miệng chlohexidine 0,12 % thêm 2 đến 3 tuần

+ Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Sau điều trị: Nhiễm trùng lan rộng: kháng sinh toàn thân.

## **134. CHÍCH APXE LỢI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị áp xe lợi bằng chích và dẫn lưu mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Áp xe lợi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Bơm, kim tiêm.

- Dụng cụ chích và dẫn lưu mủ.

***2.2. Thuốc và vật liệu***

- Thuốc tê

- Dung dịch oxy già 10 thể tích,bông gạc…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng chuyển sóng.

- Gây tê tại chỗ.

- Trích áp xe:

+ Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng.

+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc ôxy già 3 thể tích.

+ Phủ bằng gạc.

+ Sau khi ngừng chảy máu cho người bệnh .

+ Hướng dẫn người bệnh trong 24h đầu,

súc miệng nước muối ấm 2 giờ một lần.

+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có tai biến.

## **135. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI DO MỌC RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các trường hợp răng mọc có thân răng không được bộc lộ và bị bao phủ bởi vạt quanh thân răng, là nguyên nhân gây ra các đợt viêm cấp.

Điều trị viêm lợi nhằm làm giảm mức độ viêm cấp của tổ chức quanh răng mọc, kết hợp với điều trị kháng sinh, chống viêm toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi nhiều do mọc răng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Thuốc tê.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.

- Dùng gạc sát khuẩn lau phần lợi viêm.

- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mủ, rạch phần nếp niêm mạc trùm theo chiều trước sau để dẫn lưu.

- Dùng kháng sinh toàn thân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

## **136. MÁNG CHỐNG NGHIẾN RĂNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị thói quen nghiến răng bằng máng chống nghiến.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tật nghiến răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ Răng hàm mặt

Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu.

- Vật liệu đổ mẫu.

- Giấy thử cắn….

**3. Người bệnh**

Được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn mẫu làm máng

-Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu thích hợp:

- Lấy dấu cắn hai hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Đổ mẫu bằng thạch cao đá.

- Thiết kế máng trên mẫu thạch cao.

3.2. Làm khí cụ máng chống nghiến:

-Thực hiện tại Labo.

3.3. Hướng dẫn điều trị.

- Thử khí cụ máng chống nghiến trên miệng người bệnh.

- Chỉnh sửa cho phù hợp.

- Đặt máng chống nghiến vào cung răng.

- Kiểm tra độ khít sát,khớp cắn.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng.

3.4. Các lần hẹn điều trị tiếp theo.

- Kiểm tra tình trạng cơ và khớp thái dương hàm của người bệnh và chỉnh sửa máng cho phù hợp.

- Hỏi, kiểm tra tình trạng nghiến răng của người bệnh.

3.5. Kết thúc điều trị

Khi người bệnh đã ngừng hẳn thói quen nghiến răng, thì tháo máng và kết thúc điều trị.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Đau khớp thái dương hàm: Điều chỉnh độ cao của máng.

## **137. SỬA HÀM GIẢ GÃY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật phục hồi lại hàm giả tháo lắp có nền nhựa bị gãy.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hàm giả tháo lắp nền nhựa nứt.

- Hàm giả tháo lắp nền nhựa gãy.

**III. CHỒNG CHỈ ĐỊNH**

Hàm giả tháo lắp gãy nhiều mảnh không thể phục hồi chính xác được.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu

- Vật liệu đổ mẫu.

- Giấy thử cắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

- Đặt hai nửa hàm vào miệng người bệnh.

- Lấy dấu hàm:

+ Hàm mang hàm giả gãy:

\* Hàm còn răng: Đặt hàm giả gãy lên miệng và lấy dấu.

\* Hàm mất răng toàn bộ: Lấy dấu hàm không mang hàm giả.

+ Lấy dấu hàm đối.

- Đổ mẫu bằng thạch cao.

- Phục hồi hàm gãy:

+ Thực hiện tại Labo.

- Lắp hàm trên miệng:

+ Đặt hàm giả đã phục hồi lên miệng người bệnh.

+ Kiểm tra khớp cắn và mức độ sát khít của nền hàm.

+ Chỉnh sửa cho phù hợp.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **138. THÊM RĂNG CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật thêm răng vào hàm giả tháo lắp do người bệnh mất thêm răng sau khi đã có hàm giả.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Mất thêm răng ở người bệnh đã có hàm giả tháo lắp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Mất thêm nhiều răng.

- Mất hết các răng còn lại ở người bệnh có hàm giả tháo lắp từng phần.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Dụng cụ lấy dấu

- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu

- Vật liệu đổ mẫu.

- Giấy thử cắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Lấy dấu:

- Lấy dấu hai hàm:

+ Lấy dấu hàm cần thêm răng: Đặt hàm giả trên miệng và lấy dấu.

+ Lấy dấu hàm đối.

- Đổ mẫu.

- So mầu và chọn mầu răng cần thêm.

- Thiết kế nền hàm trên mẫu thạch cao.

3.2. Thêm răng:

Thực hiện tại labo.

3.3. Lắp hàm

- Đặt hàm giả đã thêm răng vào vùng mất răng.

- Kiểm tra khớp cắn răng mới thêm.

- Kiểm tra nền hàm vùng mới mở rộng và chỉnh sửa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **139. THÊM MÓC CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật thêm móc vào hàm tháo lắp do hàm giả gãy móc hoặc mất răng mang móc, cần phải đặt móc sang răng khác

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy móc.

- Mất răng đang mang móc.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng lung lay không đủ vững để mang móc.

- Mất hết răng mang móc.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Dụng cụ lấy dấu

- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu

- Vật liệu đổ mẫu…

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Lấy dấu:

- Lấy dấu hai hàm:

+ Lấy dấu hàm cần thêm móc: Đặt hàm giả trên miệng và lấy dấu.

+ Lấy dấu hàm đối.

- Đổ mẫu.

3.2.Thêm móc:

Thực hiện tại labo.

3.3. Lắp hàm

- Đặt hàm giả đã thêm móc vào miệng người bệnh.

- Kiểm tra móc mới thêm.

- Chỉnh sửa nếu cần thiết.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Sang thương niêm mạc miệng do đầu tay móc quá sắc.Điều chỉnh đầu tay móc và điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **140. ĐỆM HÀM GIẢ NHỰA THƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật đệm lại hàm giả tháo lắp khi hàm bị lỏng do sống hàm tiêu

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hàm giả tháo lắp lỏng do tiêu sống hàm.

- Hàm giả tháo lắp lỏng do biên giới nền hàm không chính xác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sống hàm tiêu quá nhiều không còn khả năng lưu giữ hàm giả.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Nhựa đệm hàm.

- Giấy thử cắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

- Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và sống hàm vùng mất răng.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1.Chuẩn bị hàm giả cần đệm

- Làm ráp bề mặt phần nền hàm giả tiếp xúc với niêm mạc.

- Làm thấp biên giới nền hàm khoảng 1mm.

- Mài bớt một nửa chiều dày phần nền hàm giả vùng tiếp xúc với niêm mạc môi má, sau đó làm ráp bề mặt.

3.2. Chuẩn bị nhựa đệm hàm

- Trộn nhựa tự cứng và nước nhựa theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Khi nhựa trùng hợp ở giai đoạn 2, đặt nhựa lên nền hàm giả ở các phần đã sửa soạn.

3.3.Đặt hàm giả lên miệng người bệnh

- Đặt hàm giả có nhựa đệm vào miệng người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh cắn ở vị trí cắn khít trung tâm.

- Làm các động tác môi má để hàm giả có biên giới nền hàm chính xác.

- Lấy bỏ phần nhựa thừa.

- Lấy hàm giả ra khỏi miệng người bệnh trước khi nhựa cứng sao cho nhựa được trùng hợp ở ngoài miệng.

3.4. Chỉnh sửa và hoàn thiện hàm giả đã đệm.

- Lắp hàm trên miệng.

- Kiểm tra về khớp cắn, độ bám dính, và chỉnh sửa các điểm gây đau.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

- Bỏng niêm mạc miệng do nhựa trùng hợp trong miệng: Điều trị bỏng niêm mạc.

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **141. ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG THUỐC BÔI (CÁC LOẠI).**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị quá cảm ngà với biểu hiện ê buốt răng bằng thuốc chặn các dẫn truyền thần kinh hoặc che phủ các ống ngà.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng nhạy cảm ngà.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-  Răng viêm tủy không hồi phục.

-  Bệnh nhân dị ứng với các thành phần của thuốc.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.   Cán bộ thực hiện qui trình kỹ thuật:**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2.   Phương tiện:**

**Phương tiện và dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ khám : gương , gắp ,thám châm.

- Tay khoan chậm.

- Dụng cụ làm sạch răng.

- Bộ dụng cụ sử dụng thuốc chống nhạy cảm ngà răng.

- Đèn quang trùng hợp….

**Thuốc và vật liệu**

- Thuốc chống nhạy cảm.

- Các vật liệu làm sạch răng…..

**3.   Bệnh nhân:** Bệnh nhân được giải thích và đồng ý điều trị.

**4.   Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án theo qui định.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:**Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**Sửa soạn các răng điều trị.**

- Đánh giá tình trạng nhạy cảm ngà.

- Xác định các vị trí cần phủ thuốc điều trị.

- Làm sạch, đánh bóng răng cần điều trị.

- Cách ly cô lập răng.

**Điều trị các răng nhạy cảm ngà**

- Phủ thuốc chống ê buốt lên bề mặt các vị trí đã xác định và sửa soạn.

- Chiếu đèn quang trùng hợp 30 giây đối với thuốc cần chiếu đèn.

- Lặp lại 2 bước trên nếu cần.

- Đánh giá lại tình trạng ê buốt răng của bệnh nhân:

          + Nếu hết ê buốt: kết thúc điều trị.

          + Nếu còn ê buốt nhẹ: theo dõi và hẹn điều trị tiếp.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Dị ứng với thành phần của thuốc: ngừng sử dụng thuốc và điều trị chống dị ứng.

## **142. HÀM GIẢ THÁO LẮP TỪNG PHẦN NHỰA THƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp nền nhựa thường.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Mất răng từng phần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có răng mang móc.

- Người bệnh dị ứng với nhựa nền hàm.

- Khớp cắn sâu không đủ khoảng cách cho nền hàm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương, gắp, thám châm.

- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.

- Dụng cụ đo tương quan trung tâm....

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu, đổ mẫu.

- Vật liệu dùng trong đo tương quan trung tâm....

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Lấy dấu

- Chọn và thử thìa.

- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.

- Đổ mẫu bằng thạch cao.

- So mầu răng.

3.2. Làm nền hàm và gối sáp

Thực hiện tại Labo.

3.3. Thử cắn và ghi tương quan hai hàm

- Đặt hàm sáp vào miệng người bệnh.

- Xác định tầm cắn và sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn mặt cho phù hợp.

- Ghi tương quan hai hàm.

3.4. Lên răng

Thực hiện tại Labo với mầu răng và răng phù hợp.

3.5. Thử răng.

- Đặt hàm tạm đã lên răng trên miệng người bệnh.

- Kiểm tra tương quan răng hai hàm.

- Kiểm tra mầu răng và hình thể răng.

- Chỉnh sửa nếu cần.

3.6. Ép hàm.

Thực hiện tại Labo:

- Ép hàm.

- Hoàn thiện.

3.7. Lắp hàm trên miệng.

- Đặt hàm đã hoàn thiện trên miệng người bệnh.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

- Kiểm tra và chỉnh sửa các điểm gây đau ở nền hàm.

- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **143. HÀM GIẢ THÁO LẮP TOÀN BỘ NHỰA THƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất toàn bộ răng hai hàm bằng hàm giả tháo lắp nền nhựa thường.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Mất răng toàn bộ 2 hàm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có dị ứng với nhựa.

- Viêm loét hoại tử lợi miệng cấp.

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: Khay quả đậu, gương, gắp, thám châm.

- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.

- Dụng cụ đo tương quan trung tâm....

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu, đổ mẫu.

- Vật liệu dùng trong đo tương quan trung tâm....

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Lấy dấu sơ khởi

- Chọn và thử thìa

- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.

- Đổ mẫu sơ khởi

3.2. Làm thìa lấy dấu cá nhân

Thực hiện tại Labo.

3.3. Lấy dấu bằng thìa cá nhân

- Chỉnh sửa thìa lấy dấu cá nhân.

- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.

- Đổ mẫu bằng thạch cao.

- Chọn mầu răng.

3.4. Làm nền hàm và gối sáp

Thực hiện tại Labo.

3.5. Thử cắn và ghi tương quan hai hàm

- Đặt hàm sáp vào miệng người bệnh.

- Xác định tầm cắn và sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn mặt cho phù hợp.

- Ghi tương quan hai hàm.

3.6. Lên răng

Thực hiện tại Labo với mầu răng và răng phù hợp.

3.7. Thử răng.

- Đặt hàm tạm đã lên răng trên miệng người bệnh.

- Kiểm tra tương quan răng hai hàm.

- Kiểm tra mầu răng và hình thể răng.

- Chỉnh sửa nếu cần.

3.8. Ép hàm.

Thực hiện tại Labo:

- Ép hàm.

- Hoàn thiện.

3.9. Lắp hàm trên miệng.

- Đặt hàm đã hoàn thiện trên miệng người bệnh.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

- Kiểm tra và chỉnh sửa các điểm gây đau ở nền hàm.

- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật**

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

**2. Sau khi điều trị**

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét .

+ Chỉnh sửa hàm.

## **144. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG EUGENATE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sâu ngà răng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh dị ứng với Eugenate

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Eugenate các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Eugenate.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích

và đồng ý điều trị điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Trộn Eugenate theo đúng kỹ thuật

+ Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ Dùng cây lấy lượng Eugenate vừa đủ cho vào xoang, dùng cây ém (hoặc đầu ém) ém chặt Eugenate vào đáy và thành lỗ trám.

+ Dùng cây lấy loại bỏ bớt phần Eugenate dư ở mặt nhai và mặt bên

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Viêm tủy: Điều trị tủy.

- Tủy hoại tử: Điều trị tủy.

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

## **145. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng sữa do sâu bằng Amalgam.

- Amalgam là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có tính chịu lực cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu răng sữa.

- Sâu răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ.**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn amalgam: cây đưa amalgam, cây điêu khắc, đai hàn, chêm gỗ, các mũi đánh bóng, dụng cụ đánh amalgam….

- Bộ dụng cụ trộn amalgam

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Amalgam.

- Vật liệu hàn lót….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp hoặc nạo ngà lấy sạch mô ngà hoại tử.

+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn theo Black.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô.

- Hàn lót bảo vệ tủy:

+ Sửa soạn vật liệu hàn lót: Trộn xi măng GIC hoặc các vật liệu hàn lót khác.

+ Đưa vật liệu hàn lót đã chuẩn bị phủ lớp mỏng ở đáy xoang hàn để che phủ các ống ngà và bảo vệ tủy răng.

+ Sửa soạn đáy xoang hàn sau khi hàn lót.

- Hàn Amalgam:

+ Đặt từng lớp amalgam vào xoang hàn.

+ Lèn chặt amalgam từng lớp đến khi đầy xoang hàn.

+ Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.

+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

+ Đánh bóng sau 24h bằng mũi hoàn thiện.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Ê buốt răng: Hàn lại với chất hàn lót.

- Viêm tủy : Điều trị tủy.

## **146. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement (GIC).

- GIC là vật liệu có ưu điểm thao tác nhanh, đơn giản và ít gây kích thích tổ chức, chỉ định rộng rãi với nhiều vị trí và tình trạng lỗ hàn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sâu răng sữa.

- Sâu răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn GIC.

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Glass Ionomer Cement.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô.

- Hàn phục hồi GIC:

+ Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.

+ Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn.

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

**2. Sau quá trình điều trị**

+ Viêm tủy: điều trị tủy.

## **147. CHỤP NHỰA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.

- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.

- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.

- Răng có chỉ định nhổ.

- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1 Phương tiện và dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

***2.2 Thuốc và vật liệu***

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc tê.

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn….

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang xác định tình trạng răng làm chụp.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện quy trình kỹ thuật**

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

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

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

+ Mặt nhai hở: 0,5-1mm.

+ Mặt bên hở: khoảng 0,5-1mm.

+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.

+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

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

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

+ Tiết kiệm mô răng.

3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:

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

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.

- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3.3. So màu răng:

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

3.4. Chế tạo chụp răng

Thực hiện tại Labo.

3.5. Gắn chụp răng:

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

- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.

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

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

- Lấy chất gắn thừa.

- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong quá trình điều trị**

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

**2. Sau khi điều trị**

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

## **148. LẤY CAO RĂNG HAI HÀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cao răng trên lợi.

- Cao răng dưới lợi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Viêm lợi miệng loét hoại tử cấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

2.1 Phương tiện:

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Dụng cụ lấy cao răng.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Bột đánh bóng

- Dung dịch oxy già 3-4 thể tích.…

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ nếu cần.

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

- Sử dụng các mũi khoan tốc độ chậm phù hợp làm sạch các mảng bám , các chất ngoại lai và làm nhẵn bề mặt răng và chân răng, tạo điều kiện kiểm soát mảng bám răng.

- Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích….

- Đánh bóng bề mặt các răng và chân răng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau quá trình điều trị**

## **149. PHẪU THUẬT CẮT NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM TRÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang xương hàm trên do răng là bệnh lý hay gặp trên lâm sàng.

- Phẫu thuật cắt nang xương hàm trên do răng phải lấy hết toàn bộ nang và xử lý răng nguyên nhân để tránh tái phát.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang chân răng xương hàm trên.

- Nang thân răng xương hàm trên.

- Nang răng sót.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt

- Kíp phẫu thuật

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật phần xương và máy khoan chuyên dụng.

**3. Người bệnh**

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

- Điều trị nội nha răng nguyên nhân trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Film Xquang xác định tình trạng nang và răng nguyên nhân.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm**

- Gây mê nội khí quản.

- Một số trường hợp có thể gây tê tại chỗ phối hợp gây tê vùng.

**4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

- Rạch niêm mạc màng xương: Dùng dao thích hợp rạch niêm mạc ngách tiền đình tương ứng vùng nang xương hàm.Đường rạch hình thang hoặc hình vợt.

- Tách bóc vạt niêm mạc màng xương: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương đủ rộng để cắt nang.

- Mở cửa sổ xương:

+ Dùng khoan mở bề mặt xương hàm trên vào vùng nang.

+ Trường hợp nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm trên thì dùng kìm gặm xương để mở rộng bộc lộ rõ vỏ nang.

- Lấy nang: Dùng dụng cụ thích hợp tách vỏ nang ra khỏi xương và lấy bỏ toàn bộ nang.

- Xử lý răng nguyên nhân bằng một trong hai biện pháp sau:

+ Cắt cuống răng

+ Nhổ bỏ răng.

- Kiểm soát và bơm rửa hốc xương hàm.

- Khâu đóng niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

## **150. PHẪU THUẬT CẮT NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang xương hàm dưới do răng là bệnh lý hay gặp trên lâm sàng.

- Phẫu thuật cắt nang xương hàm dưới do răng phải lấy hết được toàn bộ nang và xử lý răng nguyên nhân để tránh tái phát.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang chân răng xương hàm dưới.

- Nang thân răng xương hàm dưới.

- Nang răng sót.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt

- Kíp phẫu thuật

**2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần xương và máy khoan chuyên dụng

**3. Người bệnh**

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

- Điều trị nội nha răng nguyên nhân trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Film Xquang xác định tình trạng nang.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm**

- Gây mê nội khí quản.

- Một số trường hợp có thể gây tê tại chỗ phối hợp gây tê vùng.

**4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

- Rạch niêm mạc màng xương: Dùng dao thích hợp rạch niêm mạc ngách tiền đình tương ứng vùng nang xương hàm; Đường rạch hình thang hoặc hình vợt.

- Tách bóc vạt niêm mạc màng xương: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương đủ rộng để cắt nang.

- Mở cửa sổ xương:

+ Dùng khoan mở bề mặt xương hàm dưới vào vùng nang.

+ Trường hợp nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm dưới thì dùng kìm gặm xương để mở rộng bộc lộ rõ vỏ nang.

- Lấy nang: Dùng dụng cụ thích hợp tách vỏ nang ra khỏi xương và lấy bỏ toàn bộ nang.

- Xử lý răng nguyên nhân bằng một trong hai biện pháp sau:

+ Cắt cuống răng.

+ Nhổ bỏ răng.

- Kiểm soát và bơm rửa hốc xương hàm.

- Khâu đóng niêm mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

## **151. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HỔNG TỔ CHỨC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị phục hồi các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã đào tạo về Phẫu thuật hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.

- Kíp gây mê.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Bơm, kim tiêm….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.

- Nước muối sinh lý, dung dịch ôxy già 3 thể tích…

- Kim, chỉ khâu….

**3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê nội khí quản.

3.3 Làm sạch vết thương

- Làm sạch vết thương bằng nước muối sinh lý.

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ dị vật nếu có.

3.4 Sửa soạn vết thương

- Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương.

- Cắt lọc tiết kiệm các mô dập nát.

- Bơm rửa vết thương.

3.5 Khâu đóng vết thương

- Vết thương đụng dập, xây xát không rách da thì không cần khâu.

- Vết thương rách da và dưới da: khâu đóng 1 lớp.

- Vết thương sâu:

+ Cầm máu.

+ Khâu đóng các lớp theo giải phẫu.

- Vết thương có tổn thương mạch máu, tuyến nước bọt…:

+ Cầm máu.

+ Khâu phục hồi nhu mô tuyến và bao tuyến….

+ Đặt dẫn lưu nếu cần

+ Khâu đóng các lớp theo giải phẫu.

3.6 Băng vết thương

- Phủ 1 lớp mỡ kháng sinh

- Đặt băng vô khuẩn

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong quá trình điều trị**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau quá trình điều trị**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tụ máu: Lấy máu tụ.

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

## **152. NẮN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nhằm tái lập lại mối quan bình thường giữa lồi cầu xương hàm dưới với hõm khớp của xương thái dương

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sai khớp thái dương hàm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ răng hàm mặt

- Kíp phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ.

Ghế ngồi có tựa lưng, tựa đầu

2.2. Thuốc và vật liệu

- Băng chun

- Gạc vô khuẩn

- Thuốc tê….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

**3. Các bước kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn.

3.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Để người bệnh ngồi trên ghế thấp, đầu - lưng thẳng, tựa chắc hoặc được giữ chắc.

- Bác sĩ đứng trước người bệnh.

- Xoa nắn vùng cơ cắn hai bên.

3.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

+ Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

- Nắn từng bên một:

+ Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

+ Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

3.4. Cố định hàm dưới:

- Dùng băng chun băng cằm – đỉnh để cố định hàm dưới.

- Cố định trong thời gian 1 tuần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trong khi làm thủ thuật: Choáng do đau: tạm dừng và điều trị chống choáng.

## **153. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU ÁP XE NÔNG VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe nông vùng hàm mặt là các ổ mủ khu trú ở các vùng giải phẫu định khu nông vùng hàm mặt như vùng má,cơ cắn,mang tai,dưới hàm,dưới lưỡi,sàn miệng…

- Nguyên nhân của các áp xe nông vùng hàm mặt thường do răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe má

- Áp xe vùng cơ cắn

- Áp xe quanh hàm trong

- Áp xe quanh hàm ngoài

- Áp xe dưới hàm

- Áp xe vùng mang tai

- Áp xe vùng dưới cằm

- Áp xe sàn miệng

- Áp xe vùng thái dương…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt

- Kíp phẫu thuật

**2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần mềm

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Film Xquang để xác định răng nguyên nhân và tình trạng ổ mủ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản.

**4. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch da và niêm mạc. Tùy từng trường hợp có thể đi đường trong miệng, ngoài miệng hoặc phối hợp cả hai

+ Đường ngoài miệng: Rạch da theo nguyên tắc dựa trên các mốc giải phẫu, tôn trọng đường thẩm mỹ và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.

+ Đường trong miệng: Rạch niêm mạc dựa trên các mốc giải phẫu, tương ứng với vùng áp xe và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.

- Dẫn lưu mủ:

+ Dùng kẹp đầu tù mở rộng đường rạch vào tới ổ mủ.

+ Dẫn mủ thoát ra ngoài.

+ Dùng dụng cụ thích hợp để kiểm soát ổ mủ.

- Bơm rửa

- Đặt dẫn lưu

- Xử lý răng nguyên nhân nếu có.

- Bơm rửa ngày nhiều lần tùy theo mức độ.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tắc dẫn lưu: đặt lại dẫn lưu.

## **154. CHỌC THĂM DÒ U, NANG VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc thăm dò các bệnh lý u, nang vùng hàm mặt là một thủ thuật có thể xác định tình trạng có dịch hay không có dịch giúp chẩn đoán sơ bộ, đồng thời lấy tế bào mô bệnh lý để chẩn đoán về mặt mô học.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý khối u hoặc nang vùng hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Bơm tiêm: dung tích từ 20ml.

- Kim tiêm: kích thước đảm bảo lấy được dịch hoặc mô bệnh phẩm.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây tê tại chỗ.

**4. Thực hiện kỹ thuật**

- Dùng kim với bơm tiêm, kích thước 18G x 11/2 chọc vào khối u hay nang hút lấy mô bệnh phẩm hoặc dịch trong khối u.

- Rút kim tiêm.

- Băng ép.

- Đánh giá dịch hút ra là: máu, nước vàng chanh hay tổ chức u mủn nát,màu sắc,chất lượng,số lượng dịch,áp lực.

- Cố định bơm tiêm và chuyển bệnh phẩm để

xét nghiệm tế bào học.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân.

## **155. CỐ ĐỊNH TẠM THỜI SƠ CỨU GÃY XƯƠNG HÀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị sơ cứu ban đầu cho người bệnh bị gãy xương hàm nhằm hạn chế chảy máu, tránh choáng do đau… đưa người bệnh ra khỏi tình trạng cấp cứu, tạo điều kiện thuận lợi cho giai đoạn điều trị tiếp theo bằng cách cố định tạm thời xương gãy.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hàm do chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện và dụng cụ**

2.1. Phương tiện và thuốc:

- Thuốc tê.

- Chỉ thép.

- Băng cuộn và gạc vô trùng…

2.2. Dụng cụ:

- Kìm (pince) buộc chỉ thép.

- Kéo cắt chỉ thép…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước thực hiện quy trình.**

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ vùng gãy xương

3.3. Thực hiện các bước kỹ thuật:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng đầu.

- Lấy hoặc hút sạch máu và dịch tiết trong miệng.

- Dùng tay hoặc dụng cụ thích hợp nắn chỉnh hai đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

- Dùng chỉ thép buộc liên kết, cố định các răng hai bên đầu đường gãy.

- Băng cố định cằm-đỉnh bằng băng và gạc vô trùng.

- Theo dõi các dấu hiệu sống

- Khi người bệnh ổn định chuyển điều trị chuyên khoa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: cầm máu.

## **156. PHẪU THUẬT GÂY TÊ VÙNG ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU THẦN KINH V NGOẠI BIÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê vùng điều trị cơn đau thần kinh V ngoại biên là thủ thuật nhằm phong bế các nhánh của thần kinh V ngoại biên.

- Tùy thuộc vào vùng đau mà tiến hành gây tê vùng để phong bế các nhánh 2 hoặc nhánh 3 của dây thần kinh V.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Đau dây thần kinh V do nhánh 2 chi phối.

- Đau dây thần kinh V do nhánh 3 chi phối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sỹ răng hàm mặt.

**2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần mềm

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Vô cảm:** gây tê

**4. Thực hiện kỹ thuật**

4.1 Gây tê dây thần kinh V nhánh 2:

- Sát khuẩn vùng da tương ứng lỗ dưới ổ mắt nếu gây tê đi đường ngoài da hoặc ngách tiền đình nếu gây tê đi đường trong miệng.

- Tiêm tê phong bế dây thần kinh V nhánh 2:

+ Đường ngoài da: Xác định vị trí lỗ dưới ổ mắt, đưa kim tiêm qua da vào vùng lỗ dưới ổ mắt, kiểm tra để đảm bảo không tiêm vào mạch máu, bơm từ từ khoảng 2ml thuốc tê vào lỗ dưới ổ mắt.

+ Đường trong miệng: Xác định vị trí lỗ dưới ổ mắt, đưa kim tiêm qua niêm mạc ngách tiền đình vào vùng lỗ dưới ổ mắt, kiểm tra để đảm bảo không tiêm vào mạch máu, bơm từ từ khoảng 2ml thuốc tê vào lỗ dưới ổ mắt.

4.2 Gây tê dây thần kinh V nhánh 3:

- Sát khuẩn niêm mạc má tương ứng mặt trong cành cao xương hàm dưới vùng gai Spix.

- Tiêm tê phong bế dây thần kinh V nhánh 3:

+Xác định vị trí gai Spix là đường vào xương hàm dưới của nhánh 3 thần kinh V.

+ Tiêm thuốc tê: đưa kim tiêm qua niêm mạc vào vùng gai Spix, kiểm tra để đảm bảo không tiêm vào mạch máu,bơm từ từ khoảng 2ml thuốc tê vào vùng gai Spix.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong khi làm thủ thuật:** Sốc phải chống sốc.

## **157. DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG - HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị tụ máu vùng miệng-hàm mặt do chấn thương bằng rạch dẫn lưu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tụ máu vùng miệng-hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

-Trợ thủ.

**2. Phương tiện và dụng cụ**

2.1 Dụng cụ: Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và phương tiện:

- Thuốc tê

- Dao mổ.

- Dẫn lưu.

- Băng, gạc vô trùng…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước thực hiện quy trình**

- Xác định khu vực tụ máu.

- Xác định kích thước khối máu tụ.

- Thiết kế đường rạch dẫn lưu.

- Dùng dao rạch da/niêm mạc theo đường đã thiết kế.

- Dùng pince,qua đường rạch,tách bóc mở rộng đường vào ổ máu tụ.

- Hút hết máu tụ hoặc dùng dụng cụ thích hợp ép để máu tụ chảy ra hết.

- Bơm rửa ổ máu tụ bằng nước muối sinh lý.

- Đặt dẫn lưu và giữ khoảng 48 giờ.

- Băng ép bằng băng và gạc vô trùng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết thương tại chỗ.

## **158. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm lợi loét hoại tử cấp là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở lợi với tổn thương đặc trưng là loét và hoại tử ở mô lợi. Nguyên nhân là do sự bùng phát của các loại vi khuẩn gây bệnh trong miệng (cầu khuẩn và xoắn khuẩn Fusobacterium, Prevotella Intermedia, Porphyromonas gingivalis) trên những người sức đề kháng kém.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp được chẩn đoán xác định viêm lợi loét hoại tử cấp tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

- Trợ thủ

**2. Phương tiện**

Dụng cụ

- Bộ khay khám

- Dụng cụ lấy cao răng cầm tay.

- Máy và đầu lấy cao răng bằng siêu âm.

Thuôc và vật liệu

- Thuốc tê

- Dung dịch sát trùng: cồn 90 độ, betadine.

- Nước muối sinh lý, dung dịch oxi già 3%.

- Chlohexidine 0,12 %.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được thăm khám, chẩn đoán và giải thích về quá trình điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Điều trị không phẫu thuật:

- Lần 1 : điều trị giới hạn ở các vùng liên quan đến tình trạng cấp tính

+ Cách li và làm khô tổn thương bằng bông gòn + Giảm đau tại chỗ

+ Lấy hết giả mạc và cặn không dính ở bề mặt tổn thương + Làm sạch vùng tổn thương bằng nước muối ấm.

+ Có thể lấy cao răng trên lợi bằng máy siêu âm.

+ Cho người bệnh súc miệng bằng hỗn dịch nước ấm và oxi già 3% theo tỉ

lệ 1:1.

+ Hướng dẫn người bệnh súc miệng bằng dung dịch Chlohexidine 0,12 % 2 lần 1 ngày.

+ Hướng dẫn người bệnh tại nhà:

• Tiếp tục súc miệng bằng hỗn dịch nước oxi già ấm.

• Súc miệng dung dịch chlohixidine 0,12% 2 lần 1 ngày.

• Chải răng nhẹ nhàng, không hút thuốc, không uống rượu, tránh các chất kích thích.

• Chế độ dinh dưỡng đầy đủ chất đạm, vitamin và khoáng chất

• Tránh gắng sức

- Lần 2: tiến hành sau lần 1 từ 1-2 ngày tùy theo tình trạng của người bệnh và tổn thương tại chỗ

+ Có thể lấy cao răng bằng máy siêu âm, tránh các tổn thương đang hồi

phục.

+ Hướng dẫn người bệnh tại nhà như lần 1.

- Lần 3: sau lần 2 từ 1-2 ngày

+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

+ Hướng dẫn bệnh nhân: ngừng súc miệng dung dịch oxi già, duy trì súc miếng dung dịch chlohixidine 0,12% trong 2-3 tuần.

+ Vệ sinh răng miệng.

3.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định cho những trường hợp nặng và hay tái phát, bao gồm:

+ Phẫu thuật cắt và tạo hình lợi.

+ Phẫu thuật vạt quanh răng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**1. Trong khi điều trị**

- Sốc phản vệ.

- Chảy máu.

**2. Sau khi điều trị**

- Nhiễm trùng máu.

- Tái phát bệnh.

## **159. SƠ CỨU GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị sơ cứu trong cấp cứu gãy xương vùng Hàm mặt do chấn thương nhằm khai thông đường hô hấp, hạn chế chảy máu, choáng…để cứu sống người bệnh và chuyển đến các cơ sở điều trị tiếp theo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương vùng hàm mặt

**III . CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện và dụng cụ**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Bộ tiểu phẫu

- Kéo cắt chỉ thép.

- Kìm cặp kim…

2.1. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê.

- Chỉ thép.

- Băng và gạc vô trùng…

- Kim chỉ khâu…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ,bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước thực hiện quy trình.**

3.1 Sơ cứu khai thông đường thở

- Cho người bệnh nằm nghiêng đầu.

- Hút hoặc lấy hết máu và dịch tiết trong miệng.

- Kéo lưỡi và cố định lưỡi nếu cần….

3.2 Sơ cứu chảy máu.

- Băng ép.

- Kẹp cầm máu.

- Khâu cầm máu….

3.3 Cố định tạm thời xương gãy.

- Sát khuẩn.

- Tiêm tê vùng xương gãy.

- Dùng tay hoặc dụng cụ thích hợp nắn chỉnh hai đầu xương gãy về vị trí

- Liên kết cố định hai đầu xương gãy bằng các nút chỉ thép buộc vòng quanh các răng hai bên đường gãy.

- Băng cằm đỉnh cố định tạm thời hai hàm.

- Theo dõi các dấu hiệu sống của người bệnh.

- Khi ổn định chuyển người bệnh đi điều trị chuyên khoa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: Cầm máu.

## **160. ĐIỀU TRỊ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị cấp cứu ban đầu các loại vết thương phần mềm vùng hàm mặt do nhiều nguyên nhân khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê

- Kim, chỉ khâu các loại.

- Bông, băng, gạc vô trùng…

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê tại chỗ

3.3 Các bước kỹ thuật:

- Làm sạch vết thương: Dùng nước muối sinh lý làm sạch vết thương.

- Cắt lọc vết thương: Dùng dụng cụ thích hợp cắt lọc sơ bộ vết thương nếu có thể.

- Cầm máu.

Cầm máu sơ bộ bằng phương tiện, dụng cụ đơn giản, thích hợp:

+ Băng ép.

+ Kẹp cầm máu.

+ Khâu cầm máu….

- Băng vết thương.

- Chuyển người bệnh đến cơ sở điều trị chuyên khoa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: Cầm máu.

# **TAI MŨI HỌNG**

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1.** 115 QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG (Ban hành kèm theo Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**2**. Bệnh học Tai Mũi Họng – GS.TS Ngô Ngọc Liễn. Nhà xuất bản Y học 2016.

## **161. NỘI SOI TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật thăm khám TAI bằng ống nội soi có gắn camera thu hình, hiển thị tổn thương phóng to trên màn hình khi soi đồng thời chụp ảnh tổn thương làm tài liệu phục vụ chẩn đoán, điều trị và theo dõi diễn biến bệnh

- Nội soi TAI có ghi hình rất cần thiết để thăm khám các tổn thương ở sâu, ở chỗ khuất mà các kỹ thuật thăm khám truyền thống khó tiếp cận được. Các hình ảnh cùng một lúc được nhiều người quan sát, được lưu giữ nghiên cứu về sau giảm bớt việc phải thăm khám nhiều lần

- Nội soi TAI có ghi hình là tài liệu quan trọng về mặt pháp lý đặc biệt là trong các trường hợp chấn thương

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Các bệnh lý về tai, thần kinh với một hoặc nhiều biểu hiện:**

- Đau tai, ù tai, nghe kém

- Chảy tai: chảy dịch, mủ, máu

- Chóng mặt

- Chấn thương tai

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người lớn và trẻ lớn không hợp tác

- Người bệnh tâm thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 1 Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- 1 đến 2 Điều dưỡng phụ giúp.

**2. Phương tiện**

- Dàn máy nội soi TMH, máy vi tính, máy in màu

- Các ống soi (optic) thẳng 2.7 mm, 4.0 mm, ống soi thanh quản 700 hoặc 900

- Dụng cụ khám TMH thông thường

- Khay, bát Inox.

- Gạc miếng vô trùng

- Găng tay khám ngắn

- Dd lidocain 10 % dạng xịt hoặc Dd Lidocain 6%, Dd Xylometazolin 0,05 %, Dd Natri clorid 0,9%

- Phương tiện khử khuẩn ống nội soi: Xà phòng tiệt khuẩn, bình đựng dung dịch khử khuẩn có Emzyme, bình đựng dung dịch khử khuẩn mức độ cao, bình đựng nước cất vô trùng, khăn lau sạch, gạc vô trùng

**3. Người bệnh và người nhà**

- Được giải thích rõ về sự cần thiết của thủ thuật, những khó chịu trong và sau khi làm thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra.

- Được hướng dẫn làm các động tác phối hợp với thầy thuốc khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Phiếu khám bệnh, phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB ngoại trú.

- Phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB đang nằm viện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:**

Tê tại chỗ bằng lidocain 2% nếu bệnh nhân kích thích

1. **Tư thế:**

Bênh nhân ngồi, mặt nhìn thẳng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh ngồi đối diện với thầy thuốc (có thể nằm). Trẻ nhỏ được quấn khăn to, có người lớn bế

**3.1. Nội soi tai:**

**-** Lấy bỏ ráy tai, nút biểu bì ống tai, lau mủ, dịch, máu làm sạch ống tai

**-** Dùng ống soi 2.7 hoặc 4.0 đã lắp camera đưa dần vào trong ống tai chếch từ sau ra trước. Quan sát trên màn hình: các thành ống tai, tình trạng màng tai (màu sắc, độ sáng, nhẵn, phồng-lõm-xẹp-túi co kéo, dịch trong hòm tai/thủng màng tai ở vị trí nào, kích thước, bờ lỗ thủng…). Đánh giá chức năng vòi nhĩ bằng nghiệm pháp Valsava. Đánh giá tình trạng hòm tai trường hợp thủng màng tai: khô-có dịch, niêm mạc dày, có polyp, u, tình trạng xương con…

- Chụp ảnh tổn thương

- Rút ống soi

**3.2. Kết thúc soi**

- Tháo ống soi khỏi camera đặt vào khay inox đựng ống đã sử dụng

- Vệ sinh tay

- In ảnh và mô tả tổn thương vào phiếu khám nội soi TMH

- Bác sĩ ký, trả kết quả cho NB, hướng dẫn, tư vấn cho NB các bước tiếp theo

- Điều dưỡng xử lý ống nội soi theo quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: có thể gặp ở trẻ em hoặc NB hợp tác không tốt: lau bằng bông vô trùng, đặt bấc tẩm thuốc co mạch theo dõi 10 phút vẫn chảy máu phải nhét bấc vô trùng.

## **162. NỘI SOI MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật thăm khám MŨI bằng ống nội soi có gắn camera thu hình, hiển thị tổn thương phóng to trên màn hình khi soi đồng thời chụp ảnh tổn thương làm tài liệu phục vụ chẩn đoán, điều trị và theo dõi diễn biến bệnh

- Nội soi MŨI có ghi hình rất cần thiết để thăm khám các tổn thương ở sâu, ở chỗ khuất mà các kỹ thuật thăm khám truyền thống khó tiếp cận được. Các hình ảnh cùng một lúc được nhiều người quan sát, được lưu giữ nghiên cứu về sau giảm bớt việc phải thăm khám nhiều lần

- Nội soi MŨI có ghi hình là tài liệu quan trọng về mặt pháp lý đặc biệt là trong các trường hợp chấn thương

**II. CHỈ ĐỊNH**

**Các bệnh lý về mũi xoang, vòm họng với một hoặc nhiều biểu hiện:**

- Ngạt mũi, ngửi kém, đau nhức, tê bì vùng mặt

- Chảy mũi: chảy dịch, mủ, máu

- Các biểu hiện nghi ngờ ung thư vòm họng: Đau đầu vùng đỉnh chẩm, khịt khạc máu, ù tai, lác mắt, sụp mi, song thị, hạch cổ

- Chấn thương mũi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**Chống chỉ định chung**

- Người lớn và trẻ lớn không hợp tác

- Người bệnh tâm thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 1 Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- 1 đến 2 Điều dưỡng phụ giúp.

**2. Phương tiện**

- Dàn máy nội soi TMH, máy vi tính, máy in màu

- Các ống soi (optic) thẳng 2.7 mm, 4.0 mm, ống soi thanh quản 700 hoặc 900

- Dụng cụ khám TMH thông thường

- Khay, bát Inox.

- Gạc miếng vô trùng

- Găng tay khám ngắn

- Dd lidocain 10 % dạng xịt hoặc Dd Lidocain 6%, Dd Xylometazolin 0,05 %, Dd Natri clorid 0,9%

- Phương tiện khử khuẩn ống nội soi: Xà phòng tiệt khuẩn, bình đựng dung dịch khử khuẩn có Emzyme, bình đựng dung dịch khử khuẩn mức độ cao, bình đựng nước cất vô trùng, khăn lau sạch, gạc vô trùng

**3. Người bệnh và người nhà**

- Được giải thích rõ về sự cần thiết của thủ thuật, những khó chịu trong và sau khi làm thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra.

- Được hướng dẫn làm các động tác phối hợp với thầy thuốc khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Phiếu khám bệnh, phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB ngoại trú.

- Phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB đang nằm viện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:**

Tê tại chỗ bằng lidocain 2% nếu bệnh nhân kích thích

1. **Tư thế:**

Bênh nhân ngồi, mặt nhìn thẳng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh ngồi đối diện với thầy thuốc (có thể nằm). Trẻ nhỏ được quấn khăn to, có người lớn bế

**Nội soi mũi xoang, vòm họng**

**-** Xịt, nhỏ hoặc đặt bông tẩm thuốc tê, thuốc co mạch vào hốc mũi 1-2 phút (nếu người lớn, soi bằng ống 2.7 mm thì có thể bỏ qua bước này)

**-** Dùng ống soi 2.7 hoặc 4.0 đã lắp camera đưa dần vào trong hốc mũi từ sau ra trước. Quan sát trên màn hình: vách ngăn, các cuốn, các khe và sàn mũi. Tiếp tục đưa ra sau quan sát lỗ mũi sau, vòm họng, nẹp vòi, miệng lỗ vòi nhĩ

- Chụp ảnh tổn thương

- Rút ống soi

**3.4. Kết thúc soi**

- Tháo ống soi khỏi camera đặt vào khay inox đựng ống đã sử dụng

- Vệ sinh tay

- In ảnh và mô tả tổn thương vào phiếu khám nội soi TMH

- Bác sĩ ký, trả kết quả cho NB, hướng dẫn, tư vấn cho NB các bước tiếp theo

- Điều dưỡng xử lý ống nội soi theo quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: có thể gặp ở trẻ em hoặc NB hợp tác không tốt: lau bằng bông vô trùng, đặt bấc tẩm thuốc co mạch theo dõi 10 phút vẫn chảy máu phải nhét bấc vô trùng.

## **163. NỘI SOI HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật thăm khám HỌNG bằng ống nội soi có gắn camera thu hình, hiển thị tổn thương phóng to trên màn hình khi soi đồng thời chụp ảnh tổn thương làm tài liệu phục vụ chẩn đoán, điều trị và theo dõi diễn biến bệnh

- Nội soi HỌNG có ghi hình rất cần thiết để thăm khám các tổn thương ở sâu, ở chỗ khuất mà các kỹ thuật thăm khám truyền thống khó tiếp cận được. Các hình ảnh cùng một lúc được nhiều người quan sát, được lưu giữ nghiên cứu về sau giảm bớt việc phải thăm khám nhiều lần

- Nội soi HỌNG có ghi hình là tài liệu quan trọng về mặt pháp lý đặc biệt là trong các trường hợp chấn thương

**II. CHỈ ĐỊNH**

**Các bệnh lý về họng, hạ họng thanh quản với một hoặc nhiều biểu hiện:**

- Nghẹn, vướng họng, đau họng, khó nuốt khám bằng đèn Clar họng miệng không thấy tổn thương

- Thở rít, khó nói, khàn tiếng, khạc máu, hạch cổ

- Hóc hoặc nghi hóc, dị vật mắc ở hạ họng, thanh quản

- Chấn thương vùng cổ có một hoặc nhiều biểu hiện: sưng nề, tụ máu, tràn khí vùng cổ, nuốt đau, khàn tiếng, khó thở, khạc máu

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định chung**

- Người lớn và trẻ lớn không hợp tác

- Người bệnh tâm thần

**2. Chống chỉ định riêng khi nội soi hạ họng thanh quản**

- Đang có khó thở thanh quản cấp 2,3

- Khít hàm

- Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 1 Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- 1 đến 2 Điều dưỡng phụ giúp.

**2. Phương tiện**

- Dàn máy nội soi TMH, máy vi tính, máy in màu

- Các ống soi (optic) thẳng 2.7 mm, 4.0 mm, ống soi thanh quản 700 hoặc 900

- Dụng cụ khám TMH thông thường

- Khay, bát Inox.

- Gạc miếng vô trùng

- Găng tay khám ngắn

- Dd lidocain 10 % dạng xịt hoặc Dd Lidocain 6%, Dd Xylometazolin 0,05 %, Dd Natri clorid 0,9%

- Phương tiện khử khuẩn ống nội soi: Xà phòng tiệt khuẩn, bình đựng dung dịch khử khuẩn có Emzyme, bình đựng dung dịch khử khuẩn mức độ cao, bình đựng nước cất vô trùng, khăn lau sạch, gạc vô trùng

**3. Người bệnh và người nhà**

- Được giải thích rõ về sự cần thiết của thủ thuật, những khó chịu trong và sau khi làm thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra.

- Được hướng dẫn làm các động tác phối hợp với thầy thuốc khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Phiếu khám bệnh, phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB ngoại trú.

- Phiếu yêu cầu khám nội soi TMH đối với NB đang nằm viện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:**

Tê tại chỗ bằng lidocain 2% nếu bệnh nhân kích thích

1. **Tư thế:**

Bênh nhân ngồi, mặt nhìn thẳng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Người bệnh ngồi đối diện với thầy thuốc (có thể nằm). Trẻ nhỏ được quấn khăn to, có người lớn bế

**-** Gây tê bằng xịt Lidocain 10 % nếu NB có biểu hiện nôn ọe nhiều

**-** Hướng dẫn NB há to miệng, thè dài lưỡi (nếu cần có thể lót gạc vô trùng vào đầu lưỡi giữ cho lưỡi không co lại khi soi). Dùng ống soi thanh quản đã lắp camera đưa dần vào trong miệng NB. Quan sát trên màn hình từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, 2 bên: vùng họng miệng, đáy lưỡi, hố lưỡi thanh thiệt, sụn thanh thiệt, nẹp phễu thanh thiệt, nẹp họng thanh thiệt, sụn phễu, xoang lê, miệng thực quản, tiền đình thanh quản, băng thanh thất, buồng thất Morgagni, tình trạng dây thanh, thanh môn, hạ thanh môn

- Chụp ảnh tổn thương.

- Rút ống soi

**3.4. Kết thúc soi**

- Tháo ống soi khỏi camera đặt vào khay inox đựng ống đã sử dụng

- Vệ sinh tay

- In ảnh và mô tả tổn thương vào phiếu khám nội soi TMH

- Bác sĩ ký, trả kết quả cho NB, hướng dẫn, tư vấn cho NB các bước tiếp theo

- Điều dưỡng xử lý ống nội soi theo quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: có thể gặp ở trẻ em hoặc NB hợp tác không tốt: lau bằng bông vô trùng, đặt bấc tẩm thuốc co mạch theo dõi 10 phút vẫn chảy máu phải nhét bấc vô trùng.

- Khi soi họng thanh quản NB nôn ọe nhiều có thể bị sặc: cho nằm sấp, đầu thấp, hướng dẫn NB ho kết hợp vỗ lưng tống chất nôn khỏi đường thở.

## **164. PHẪU THUẬT NẠO VÉT SỤN VÀNH TAI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những phần sụn vành tai bị hoại tử do viêm nhiễm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm sụn vành tai hoại tử.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**2.Phương tiện:**

-Dao rạch da.

-Pince bóc tách, kéo, curet, kìm mang kim.

-Thuốc tê, thuốc sát trùng

**3.Người bệnh:**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm nghiêng,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

**Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.Vô cảm:

Gây tê tại chỗ

2.Tư thế bệnh nhân :

Bệnh nhân nằm ngửa, tai bệnh hướng lên trên

3.Kỹ thuật:

- Sát trùng vành tai bằng dùng dịch sát khuẩn.

- Tê vành tai bằng medicain 2% dọc theo chiều dài phần rạch da.

- Rạch da ở mặt sau vành tai(lưu ý viêm hoại tử đến đâu rạch rộng đến đó), cắt lọc phần sụn hoại tử, dùng curet nạo rộng vùng sụn viêm xung quanh, bơm rửa hốc mổ bằng dung dịch sát khuẩn.

- Để vết rạch hở, đặt meche thấm betadin, băng ép.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi và chăm sóc:

- Thay băng hàng ngày đánh giá tình trạng hốc mổ. Khâu kín khi tình trạng viêm nhiễm ổn định, vết chích rạch lên tổ chức hạt.

2. Tai biến:

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

- Choáng ngất do đau, sợ: giải thích kỹ, gây tê tốt.

## **165. KHÂU VÀNH TAI RÁCH SAU CHẤN THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương vùng vành tai do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Vết thương vùng vành tai.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

- Da vành tai khuyết rộng, đứt rời .

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Người thực hiện :**

Bác sỹ chuyên khoa Tai mũi họng.

**2. Người bệnh :**

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện :**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

**4. Bệnh án ngoại khoa:**

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH :**

**1. Vô cảm:**

Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ nếu vết thương đơn giản.

**2.Tư thế:**

Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng đầu sang bên đối diện tai bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp .

- Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa.

- Khâu đóng vết thương theo từng lớp, nếu tổn thương rách sụn phải khâu sụn bằng chỉ tự tiêu.

- Đặt dẫn lưu nếu cần .

- Băng ép.

**VI.BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.

- Hoại tử mép da một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

## **166. THÔNG VÒI NHĨ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm hơi vòi nhĩ là thủ thuật bơm không khí qua vòi nhĩ để làm thông thoáng vòi nhĩ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ (vòi Eustachi).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có viêm mũi họng cấp, viêm VA, viêm xoang sau có mủ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ

Bộ bơm hơi vòi nhĩ:

+ Một quả bóng cao su Politzer nối với một ống cao su có một đầu khít lỗ mũi.

+ Một ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50 cm hai đầu có núm nhựa.

+ Que tăm bông cong, bông.

- Thuốc: thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

**3. Người bệnh:**

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

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên đối diện tai bệnh.

**3.Kỹ thuật:**

Có hai cách

1. Dùng bóng cao su: đơn giản, thường làm ở người lớn.

- Cho người bệnh ngậm 1 ngụm nước và chỉ nuốt khi có lệnh của thầy thuốc.

- Đặt đầu ống cao su ở bóng Politzer khít vào lỗ mũi bên vòi tai bị tắc, lấy tay bít kín lỗ mũi còn lại.

- Ra lệnh cho người bệnh nuốt nước đồng thời bóp mạnh bóng.

- Cần làm vài lần để duy trì.

2. Dùng ống thông Itard

- Dùng que bông cong thấm thuốc tê niêm mạc (xylocain 3% - 6%) gây tê ở loa vòi trong 5 - 10 phút.

- Đặt đầu cong của ống Itard sát sàn mũi từ từ đẩy ống từ trước ra sau tới sát thành sau họng thì rút lại ống về phía thầy thuốc 1,5 cm đồng thời quay ống thông 90o lên phía trên và ra ngoài. Đầu ống lướt qua loa vòi để rơi vào hố miệng vòi.

- Bơm hơi và kiểm tra.

- Rút ống Itard theo chiều ngược lại.

Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: cầm máu.

- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ.

- Tràn khí: ngừng thông và theo dõi, không khí sẽ hết nhanh.

- Viêm tai giữa cấp: điều trị viêm tai giữa.

## **167. LẤY DỊ VẬT TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**:

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.

- Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

**3. Người bệnh :**

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

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên đối diện tai bệnh.

**3.Kỹ thuật:**

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

- Dị vật khó lấy:

+ Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.

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

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

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

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

2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.

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

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC:**

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

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

- Thuốc giảm đau cho người bệnh.

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ** :

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

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

## **168. CHỌC HÚT DỊCH TỤ HUYẾT VÀNH TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc hút dịch vành tai là thủ thuật nhằm dẫn lưu dịch nằm giữa sụn và màng sụn của vành tai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm sụn vành tai có tụ dịch .

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Bộ tiểu phẫu chuyên khoa tai mũi họng.

- Thuốc tê: Medicain 2%.

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân: nằm quay tai bệnh lên trên.

**4.Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên đối diện tai bệnh.

**3.Kỹ thuật:**

- Sát khuẩn vành tai, khối tụ dịch.

- Tiêm tê tại vị trí tụ dịch vành tai bằng Medicain 2% .

- Dùng dao rạch da tại khối tụ dịch vành tai tại chỗ phồng nhất, rạch sâu tới màng sụn để dịch thoát ra, rạch đủ rộng tùy thuộc vào bệnh tích, nặn sạch hết dịch.

- Đặt tente vào vị trí chích rạch nhằm mục đích dẫn lưu dịch và tránh mép chích rạch liền lại khi dịch chưa thoát hết.

- Băng ép chặt vết chích và thay băng hàng ngày.

- Rút tente sau 24h. Tiếp tục băng ép chặt và theo dõi hàng ngày cho tới khi hết dịch và khối tụ dịch không còn phồng lại.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

Kháng sinh, chống viêm, giảm đau.

Băng ép và kiểm tra độ chặt của băng hàng ngày.

Biến chứng

Viêm hoại tử sụn do bội nhiễm.

Đau đầu do băng ép quá chặt

## **169. CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI**

**I.ĐẠI CƯƠNG :**

Là thủ thuật trích nhọt ở ống tai ngoài ở giai đoạn đã hoá mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH :**

Nhọt ống tai ngoài đã hoá mủ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :**

Nhọt giai đoạn viêm tấy, chưa hoá mủ.

**IV. CHUẨN BỊ :**

**1. Người thực hiện :**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng .

**2. Phương tiện :**

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.

- Dao nhọn số 11 hoặc que nhọn chích nhĩ.

- Kim lấy thuốc .

**3. Người bệnh :**

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

- Trẻ bé: Dùng khăn quấn chặt, 1 người bế và một người giữ.

**4.Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH :**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ.

**2. Tư thế bệnh nhân:**

Người bệnh nằm ngửa ,tai bệnh hướng lên trên.

**3.Kỹ thuật:**

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.

- Tay trái kéo vành tai hoặ đặt ống soi tai xác định rõ vị trí phồng nhất hoặc có đầu mủ.

- Tay phải cầm dao nhọn rạch vào vị trí đã xác định hết chiều dài đường kính nhọt, rạch xong có mủ trào ra, hút sạch mủ. Ở trẻ bé, ống tai nhỏ, có thể dùng kim lấy thuốc để rạch.

- Đặt 1 tente tẩm dung dịch sát khuẩn (Betadin) vào ống tai ngoài. Rút tente sau 6 – 12 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt. Nếu thành ống tai bị chít hẹp thì sau khi trích nhọt, đặt merocel tai, sau đó nhỏ dung dịch kháng sinh làm phồng miếng merocel. Rút merocel sau 24- 48 giờ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ :**

Chảy máu: đặt tente hoặc merocel tai.

Viêm tấy lan toả ống tai: kháng sinh toàn thân .

## **170. LÀM THUỐC TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG :**

Vệ sinh ống tai ngoài, tai giữa trong trường hợp thủng màng nhĩ có chảy mủ tai.

**II. CHỈ ĐỊNH :**

- Viêm ống tai ngoài

- Viêm tai giữa có chảy mủ tai

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ :**

1.Người thực hiện :

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**2. Phương tiện :**

2.1. Dụng cụ

- Que tăm bông cong, bông.

- Ống hút tai, máy hút.

- Dung dịch sát khuẩn Povidine.

- Bấc hoặc tenne .

2.2. Thuốc

Mỡ kháng sinh hoặc dung dịch kháng sinh nhỏ tai thích hợp cho viêm ống tai ngoài hoặc viêm tai giữa có thủng màng nhĩ .

**3. Ngừời bệnh :**

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

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH :**

**1.Vô cảm:**

không có.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân ngồi , tai bệnh hướng về thầy thuốc.

**3.Kỹ thuật:**

- Nếu ống tai ngoài nhiều dịch mủ, dùng ống hút đã nối với máy hút, hút sạch mủ.

- Dùng que tăm bông thấm dung dịch povidine iod, lau sạch ống tai.

- Nếu viêm ống tai ngoài, bôi mỡ kháng sinh bằng que tăm bông .

- Nếu viêm tai giữa có thủng màng nhĩ hoặc đặt ống thông khí, đặt bấc hoặc tenne đã tẩm dung dịch kháng sinh để dẫn lưu mủ. Rút tenne sau 12-24 giờ.

## **171. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

- Viêm tai ứ dịch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nghi có u cuộn cảnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

- Dao chích rạch màng nhĩ.

**3. Người bệnh:**

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

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

**4.Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ .

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện.

3.Kỹ thuật

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.

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

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chích rạch sai vị trí có thể gây:

- Tổn thương xương con.

- Tổn thương cửa sổ tròn.

- Tổn thương ống tai ngoài.

## **172. ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ TAI GIỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tai thanh dịch.

- Tắc vòi nhĩ do V.A.

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

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cân nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

**2. Phương tiện:**

- Đèn clar, loa soi tai các cỡ

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

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

- Bơm tiêm gây tê.

- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1ống.

**3. Người bệnh:**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm ngửa,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

Đo thính lực, nhĩ lượng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên tai đối diện

**3.Kỹ thuật:**

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

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

- Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5 - 2 mm tùy loại ống thông khí.

- Đặt ống thông khí qua lỗ trích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến lúc mổ :**

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

**2. Tai biến sau mổ :**

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

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

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

**3. Tai biến muộn :**

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

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

- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần)

## **173. PHẪU THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tai thanh dịch.

- Tắc vòi nhĩ do V.A.

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

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cân nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

**2. Phương tiện:**

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

- Nguồn sáng, camera.

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

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

- Bơm tiêm gây tê.

- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1ống.

**3. Người bệnh:**

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

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

Đo thính lực, nhĩ lượng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên tai đối diện.

**3.Kỹ thuật:**

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

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

- Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5 - 2 mm tùy loại ống thông khí.

- Đặt ống thông khí qua lỗ trích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến lúc mổ:**

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

**2. Tai biến sau mổ:**

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

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

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

**3. Tai biến muộn:**

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

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

## **174. PHẪU THUẬT TĂNG CƯỜNG MÀNG NHĨ - ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tai thanh dịch.

- Tắc vòi nhĩ do V.A.

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

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cân nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

**2. Phương tiện:**

- Đèn clar, loa soi tai các cỡ

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

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

- Bơm tiêm gây tê.

- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1ống.

**3. Người bệnh:**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm ngửa,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

Đo thính lực, nhĩ lượng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân nằm ngửa,đầu nghiêng về bên tai đối diện

**3.Kỹ thuật:**

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

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

- Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5 - 2 mm tùy loại ống thông khí.

- Đặt ống thông khí qua lỗ trích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến lúc mổ :**

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

**2. Tai biến sau mổ :**

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

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

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

**3. Tai biến muộn :**

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

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

- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần)

## **175. LẤY DÁY TAI (NÚT BIỂU BÌ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phương pháp lấy hết các tổ chức ráy, biểu bì ở ống tai ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nút ráy, nút biểu bì ống tai ngoài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không .

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

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

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ:

+ Móc ráy

+ Kẹp khuỷu, pince vi phẫu

+ Que tăm bông

+ Bông

- Thuốc: oxy già, betadin7,5%

**3. Người bệnh:**

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

**4.Hồ sơ bệnh án:**

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1.Vô cảm:**

Không có.

**2.Tư thế bệnh nhân:**

Bệnh nhân ngồi.

**3.Kỹ thuật**

- Dùng móc ráy bóc tách nút ráy, nút biểu bì khỏi thành ống tai ngoài.

- Dùng kẹp khuỷu kẹp lấy bỏ toàn bộ nút ráy, nút biểu bì ra khỏi ống tai ngoài.

- Sát khuẩn lại ống tai với que tăm bông tẩm Betadin 7,5%.

## **176. NẮN SỐNG MŨI SAU CHẤN THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

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

**2. Phương tiện**

- 01 cặp khuỷu.

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

- 01 soi mũi.

- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.

- Khăn, bấc nhét mũi có tẩm dầu.

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

- Ống hút và máy hút.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được:giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, khám trước mổ, khám nội soi tai mũi họng

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, Blondeau, Hirtz, CTscaner mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê**

**2. Đối với gẫy kín**

- Đặt bấc có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên, sau 10 phút rút ra. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.

- Rút bấc ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gẫy về vị trí cũ.

- Nhét một bấc có thấm dầu parafin lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại.

- Nếu bên kia cũng gẫy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bấc phải chỉnh lại vách ngăn cho cân đối.

- Làm một máng bằng bột thạch cao và gạc ra phía ngoài (hoặc nhựa) theo khuôn của mũi để đỡ khung cho mũi. Nẹp bột này được giữ 1 tuần rồi bỏ ra, rút bấc mũi sau 2 ngày.

**3. Đối với xương chính gẫy hở**

- Phải xếp lại xương gẫy về vị trí cũ.

- Độn gạc giữ phía bên trong mũi.

- Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ, da.

- Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

**VI. THEO DÕI**

- Dùng kháng sinh toàn thân, nhỏ mũi bằng Argyrol 3%.

- Nếu gẫy hở, bẩn, cần tiêm S.A.T.

- Làm thuốc mũi: hút dịch, khí dung mũi, luôn không để dính.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: nhét lại bấc cho chặt.

- Xương không liền tốt, can xấu: đập can, nắn lại.

- Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.

- Viêm xoang do ứ đọng.

## **177. NHÉT BẤC MŨI SAU**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

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

- Nguồn sáng (đèn Clar).

- Máy hút.

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

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

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.

- Kiểm tra mạch, huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

**3. Kỹ thuật**

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

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

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

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

- Nhét bấc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).

- Cố định cuộn bấc bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.

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

- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Mạch, huyết áp, choáng.

- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

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

- Rút bấc sau 48 giờ.

**2. Xử trí**

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

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

## **178. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng hỗ trợ.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

- Nguồn sáng (đèn Clar).

- Máy hút.

- Bấc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.

- Thuốc: tê niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin, dầu gômênôn.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

**3. Kỹ thuật**

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

- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm võng và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.

- Đè lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.

- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

- Giảm đau, cầm máu, chống phù nề

- Rút bấc tối đa sau 48 giờ.

**2. Xử trí**

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

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

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

## **179. ĐỐT CUỐN MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.

- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.

- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.

- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Đông điện

+ Banh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).

+ Que bông, bấc, bông y tế.

- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

**3. Người bệnh**

- Được giải thích về thủ thuật.

- Có thể ngồi hoặc nằm.

- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

**2. Kỹ thuật**

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.

- Tay phải cầm đông điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).

- Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.

- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.

- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Khám lại sau 24 giờ.

- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.

- Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.

- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.

- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.

- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

## **180. BẺ CUỐN DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cuốn mũi bị vẩu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị hình vách ngăn làm hốc mũi quá hẹp không có đường đưa dụng cụ vào.

- Đang viêm mũi xoang cấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Kéo cong to bản đầu tù hoặc bay to bản.

+ Banh mũi.

+ Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)

+ Que bông, bấc, bông y tế.

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

**3. Người bệnh**

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

- Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

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

**2. Kỹ thuật**

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

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

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

**VI. THEO DÕI**

- Chảy máu.

- Sốc do thuốc, do đau.

- Nhiễm khuẩn.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sốc: chống sốc.

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

## **181. CHỌC RỬA XOANG HÀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

- Chọc thăm dò để chẩn đoán.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (chỉ có tính chất tạm thời)

- Viêm xoang cấp.

- Viêm xoang polyp quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.

- Dị dạng xoang.

- Người bệnh có bệnh về máu.

- Người có thai hoặc đang hành kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).

+ 01 soi mũi.

+ 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.

+ 01 dây cao su nối liền với kim.

+ 01 bơm tiêm 50 ml.

+ 02 que bông để gây tê.

+ 01 khay quả đậu.

+ 01 khăn nilon và khăn vải.

- Thuốc: xylocain 6 - 10%.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu. Người bệnh được giải thích kỹ trước.

- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.

- Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz, CTscaner nếu cần.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**2. Kỹ thuật**

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

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

- Rút nòng trong ra.

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

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.

- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.

- Rút trôca và đặt bông ép trong 3 phút.

- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.

- Theo dõi chảy máu, sốc.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.

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

- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

- Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng hướng.

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

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

## **182. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL**

**I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).

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

- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.

- Nước muối sinh lý: 01 chai.

- Bình phun thuốc tê tại chỗ.

- Ống hút, máy hút.

**3. Người bệnh**

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

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

- Được giải thích về thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

**2. Kiểm tra người bệnh**

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

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ.

***3.2. Tư thế người bệnh***

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

***3.3. Kỹ thuật***

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

- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.

- Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.

- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **183. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI, MÁ, L­ƯỠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phanh lưỡi hay còn gọi là hãm lưỡi đi từ sàn miệng đến mặt dưới của lưỡi. Khi phanh lưỡi quá ngắn làm lưỡi bị kéo xuống gây hạn chế di động của lưỡi gây nói khó, nói ngọng thì phải phẫu thuật cắt phanh lưỡi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi phanh lưỡi quá ngắn ảnh hưởng tới vận động của lưỡi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng trợ giúp.

**2. Phương tiện**

- 01 kéo sim nhỏ.

- 02 kẹp phẫu tích cầm máu, không màu.

- Gạc nhỏ hoặc củ ấu.

- Đông điện (nếu có).

- Thuốc tê xịt (lidocain 10%).

**3. Người bệnh**

- Giải thích kỹ cho người bệnh hoặc bố mẹ (nếu người bệnh là trẻ nhỏ).

- Có đầy đủ xét nghiệm: máu chảy, máu đông, HIV..

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh ngồi, há miệng, lưỡi cong lên (nếu là bệnh nhi phải bó chặt trẻ trong một tấm vải trải giường to, mở miệng để trẻ không cắn hàm lại được).

- Gây mê đối với trẻ nhỏ.

- Kẹp hãm lưỡi sát mặt dưới của lưỡi bằng kẹp phẫu tích cầm máu không lưỡi, kéo nhẹ ra trước lên trên căng phanh lưỡi ra.

- Dùng kéo nhỏ cắt phanh lưỡi ngay dưới kẹp phẫu tích cầm máu, cắt từ trước ra sau đến sát chân lưỡi.

- Bỏ kẹp phẫu tích kẹp ra thông thường không có chảy máu. Nếu có chảy máu cầm máu bằng đông điện hoặc đặt thuốc co mạch tại chỗ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT**

- Chảy máu: hiếm gặp, cầm máu bằng đông điện hoặc thuốc co mạch đặt tại chỗ.

- Đề phòng nhiễm trùng: cho kháng sinh uống.

- Phòng nề sàn miệng: cho thuốc chống phù nề

## **184. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chích áp xe thành sau họng là chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe thành sau họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Dị ứng thuốc

-Bệnh lý đông máu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

-Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Nguồn sáng (đèn Clar...).

- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.

- Máy hút.

- Đè lưỡi khuỷu.

- Dao chích nhọn mũi.

-Thuốc gây tê,gây mê.

-Bộ chống sốc.

**3. Người bệnh**

-Được quấn chặt bằng khăn mổ nếu trẻ nhỏ

-Người lớn: Ngồi trên ghê đối diện bác sỹ.

-Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng bệnh.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông,test HIV,HCV,HbsAg

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**2. Tư thế**

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

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

**3. Kỹ thuật**

**- Xịt tê bằng lidocain**

**- Gây tê tại chỗ bằng medicain**

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

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

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

- Hút sạch mủ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Ngạt thở, choáng.

- Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.

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

- Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

**2. Xử trí tai biến**

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

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

## **185. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

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

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

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

**2. Phương tiện**

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

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

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

- Kìm Frankel hoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật hạ họng.

-Bộ dụng cụ chống sốc.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê): công thức máu, sinh hóa.ĐMCB.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm**

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

**2. Tư thếngười bệnh**

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

**3. Kỹ thuật**

3.3.1. Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

- Người bệnh ngồi.

- Bác sỹ đứng đối diện bệnh nhân

- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

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

- Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

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

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.

- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.

- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.

- Gắp dị vật bằng kìm gắp dị vật hạ họng.

- Đặt Sonde dạ dày nếu cần.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

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

**2. Tai biến và xử trí**

- Nhiễm trùng vùng cổ: Điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.

- Điều trị tràn khí nếu có.

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

## **186. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

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

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Tạm thời**

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

- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.

- Đang có dịch ở địa phương.

- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

**2. Tuyệt đối**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan

- Dao cắt, bipolair .

**3. Người bệnh**

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

+ Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.

+ Chức năng gan, thận.

+ Chụp Xquang phổi.

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê nội khí quản.

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm trên bàn phẳng để gây mê nội khí quản, khi chuẩn bị cắt để đầu ngửa, nhét bấc họng để máu khỏi xuống đường thở; phẫu thuật viên ngồi phía trên đầu người bệnh để quan sát họng người bệnh dễ dàng; trợ thủ ngồi/đứng bên phải để hút máu.

**3. Kỹ thuật**

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

***Thì 1:*** Đặt mở miệng Davis-boy bộc lộ khoang miệng và 2 Amidan ( Nếu Amidan quá to hay lưỡi dày có thể bộc lộ từng bên một)

***Thì 2:*** Dùng dao mono đơn cực, dao plasma, dao laser… cắt, tách amidan khỏi các trụ kẹp giữa amidan, mỏ khuyết ở gần cực trên trụ trước, bóc tách trụ trước (lưu ý bộc lộ đủ cực trên amidan), bóc tách trụ sau.

***Thì 3:*** Bóc tách và lấy amidan khỏi hốc cắt theo bình diện bao quanh Amidan để tránh chảy máu: Dùng dao mono tiếp tục cắt, bóc tách amidan ra khỏi hốc cho tới tận cuống, sau đó cắt đứt cuống lấy bỏ toàn bộ Amidan ra khỏi hốc

***Trong quá trình cắt và bóc tách Amidan nếu có chảy máu thì dùng Bipolair để cầm.***

**Cắt amidan bên còn lại như trên.**

***Thì 4:*** Kiểm tra, cầm máu

- Quan sát kỹ 2 hốc amidan.

- Nếu còn rỉ máu phải cầm máu tiếp bằng Bipolair đảm bảo không còn chảy

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

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

- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.

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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **187. CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy quanh amidan chưa hóa mủ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Đèn Clar, gương trán...

- Đè lưỡi khuỷu.

- Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.

- Dao chích nhọn mũi.

- Kìm Lube - Bacbông.

- Máy hút.

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

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

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

**2. Tư thế**

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

**3. Kỹ thuật**

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

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

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Kháng sinh toàn thân.

- Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.

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

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

**2. Xử trí**

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

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

## **188. ĐỐT NHIỆT HỌNG HẠT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt họng hạt là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở thành sau họng bằng nhiệt hoặc bằng đông lạnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng hạt mạn tính kéo dài gây kích thích, ho kéo dài hoặc loạn cảm họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm họng cấp tính.

- Viêm mũi xoang cấp tính.

- Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

- Trẻ dưới 15 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

- Dụng cụ:

+ Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.

+ Bộ đốt họng bằng điện.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng quy định ( nếu điều trị nội trú)

-Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, Sinh hóa máu, ĐMCB

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Gây tê niêm mạc họng.

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Tư thế thầy thuốc và người bệnh: Như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

**3. Kỹ thuật**

- Đốt họng bằng hạt nhiệt. Để núm điện ở nấc 6 - 8 vôn là đủ (đầu đốt hơi có màu đỏ).

- Đè lưỡi nhẹ nhàng và đốt từng hạt một dần dần cho hết. Khi thấy ở hạt đốt tạo một lớp giả mạc trắng do cháy lớp niêm mạc phủ trên hạt viêm là được.

Tránh đốt sâu quá xuống lớp cơ sẽ tạo sẹo dày, xơ, cứng làm nuốt vướng sau này. Tránh để que đốt nhiệt chạm vào môi, lưỡi, màn hầu làm bỏng niêm mạc.

- Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi**

- Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

-Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

**2. Tai biến và xử trí**

- Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

- Gây bỏng: Miệng, họng

- Nhiễm khuẩn: Xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

- Chảy máu: Khi bong giả mạc (ít).

## **189. ĐỐT LẠNH HỌNG HẠT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt họng hạt là một tiểu thủ thuật nhằm làm tiêu các hạt viêm ở thành sau họng bằng nhiệt hoặc bằng đông lạnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm họng hạt mạn tính kéo dài gây kích thích, ho kéo dài hoặc loạn cảm họng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm họng cấp tính.

- Viêm mũi xoang cấp tính.

- Viêm xoang sau cấp và mạn tính.

- Trẻ dưới 15 tuổi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Thuốc: thuốc gây tê niêm mạc.

- Dụng cụ:

+ Bộ khám Tai Mũi Họng thông thường.

+ Hoặc bộ đốt lạnh chuyên dùng cho đốt họng.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng quy định ( nếu điều trị nội trú)

-Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, Sinh hóa máu, ĐMCB

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Vô cảm

- Gây tê niêm mạc họng.

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Tư thế thầy thuốc và người bệnh: Như ngồi khám Tai Mũi Họng thông thường.

**3. Kỹ thuật**

+ Chọn đầu áp cho phù hợp với đường kính của hạt.

- Đè lưỡi nhẹ nhàng và đốt từng hạt một dần dần cho hết. Khi thấy ở hạt đốt tạo một lớp giả mạc trắng do cháy lớp niêm mạc phủ trên hạt viêm là được.

+ Chỉ đốt bề mặt của hạt, không gây tổn thương sâu, không đốt quá nhiều hạt trong một lần điều trị.

- Sau khi đốt xong cần chấm họng bằng các thuốc SMC hoặc Betadin 5%.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi**

- Cho các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, cho khí dung hoặc chấm SMC khi cần thiết.

-Súc họng bằng dung dịch kiềm hàng ngày.

**2. Tai biến và xử trí**

- Đốt quá sâu: gây bỏng tới lớp cơ cân của họng làm tạo sẹo dày xơ và gây ra nuốt vướng sau này.

- Gây bỏng: Miệng, họng

- Nhiễm khuẩn: Xuất hiện viêm họng cấp do bội nhiễm, có thể kèm theo phản ứng và viêm hạch phụ thuộc (hạch dưới hàm, sau góc hàm).

- Chảy máu: Khi bong giả mạc (ít).

## **190. LÀM THUỐC TAI, MUI, THANH QUẢN**

## **191. BƠM RỬA ĐƯỜNG HÔ HẤP QUA NỘI KHÍ QUẢN**

## **192. BƠM THUỐC THANH QUẢN**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phương pháp bơm thuốc chống viêm, chống phù nề vào trực tiếp vùng thanh môn( 2 dây thanh).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có viêm thanh quản cấp, sau vi phẫu vùng thanh quản ( cắt hạt xơ, polyp, u nang dây thanh…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Dị ứng : Hydrocortison, Anphatrymotripsin 500UI

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoaTai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ:

+ Máy nội soi Tai mũi họng với Optic 70 độ

+ Kim bơm thuốc thanh quản

+ Bơm tiêm 10ml-5ml

- Thuốc: Hydrocortison, Anphatrymotripsin 500UI

**3. Người bệnh**

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

**4**.**Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án theo đúng quy định ( nếu điều trị nội trú).

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, Sinh hóa máu ( nếu điều trị nội trú).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

***- Bình thường***

*2.Tư thế bệnh nhân*

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

- Bác sỹ đứng đối diện bệnh nhân.

**3. Kỹ thuật**

- Pha 2 loại thuốc Hydrocortison và Anphatrymotripsin với nhau, lấy 2ml vào bơm 10ml, sau đó lắp kim bơm thuốc thanh quan vào.

- Dùng nội soi TMH với optic 70 độ soi nhìn rõ vùng thanh môn, đồng thời đưa kim bơm thuốc vào bơm từng ít một mỗi lần khoảng 0,5ml , khi bơm bệnh nhân kêu “ ê..ê..ê”

- Làm lại như vậy vài lần cho đến khi hết thuốc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Tình trạng toàn thân

**2. Tai biến và xử trí**

- Sốc: Chống sốc.

- Dị ứng thuốc : Ngừng ngay khí dung,theo dõi toàn trạng, xử lý dị ứng.

## **193. RỬA VÒM HỌNG**

## **194. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ: CO THẮT KHÍ QUẢN, ĐE DOẠ NGẠT THỞ**

**I.ĐỊNH NGHĨA :**

Đặt nội khí quản là việc luồn ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng vào trong khí quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân suy hô hấp nặng, tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...

- Bảo vệ đường thở ở bệnh nhân hôn mê hoặc liệt hô hấp.

- Hút rửa phế quản qua ống nội khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp bằng bóng Ambu hay thông khí nhân tạo

-Trong các phẫu thuật cần gây mê NKQ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng**

- Chấn thương thanh khí quản

- Chấn thương biến dạng hàm mặt

- Phẫu thuật vùng họng

- Cứng, sai khớp hàm

**2. Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi**

- Ngừng thở

- Chấn thương, biến dạng mũi hàm mặt

- Tắc nghẽn cơ học đường hô hấp do: chấn thương, u, dị vật

- Chấn thương thanh khí phế quản

- Chảy dịch não tuỷ qua xương sang

- Viêm xoang, phì đại cuốn mũi, polyp mũi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.     Người thực hiện.**

- Một bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, gây mê hồi sức,hoặc bác sỹ có kinh nghiệm làm nhiều lần thủ thuật này.

-Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản.

**2.  Phương tiện**

-Dụng cụ, thuốc gây tê tại chổ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml, oxy

- Găng, mũ, khẩu trang

- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong

- Kẹp Magill

- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol

- Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.

+ Nữ 7,5 - 8, nam 8 - 9; trẻ em = 4 + tuổi (năm)/ 4.

+ Ống NKQ đặt đường mũi < đường miệng 1mm.

-  Máy hút đờm

-  Ống nghe, máy đo huyết áp

-  Monitor theo dõi nhịp tim, SPO2, HA.

**3.  Người bệnh**

- Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình người bệnh yên tâm, hợp tác

- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)

- Tư thế nằm ngửa, đầu cổ thân mình thẳng trục, gối kê dưới vai ưỡn cổ tối đa.

**4. Hồ sơ bệnh án**

-Trong trường hợp đặt NKQ cấp cứu: Giải thích với gia đình=>tiến hành đặt NKQ cấp cứu

-Các TH còn lại : -Làm đủ các xét nghiệm cơ bản: CTM,sinh hóa,chụp XQ phổi,ĐMCB

-Bệnh án theo mẫu.

-Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Đặt NKQ đường miệng**

**1.1.Vô cảm :**

**- Cho Người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ**

**- Dùng an thần,** tiền mê + Midazolam 0.1-0.4 mg/kg + Hoặc Fentanyl 5-7|ug/kg

+ Hoặc Ketamine 1.5mg/kg + Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg + Hoặc Propofol 1-2 mg/kg

- Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dãn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết + Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu + Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1mg/kg

**1.2 Tư thế người bệnh:**

-Nằm ngửa ,kê gối dưới vai.

**1.3. Thực hiện kỹ thuật**

**1.3.1. Làm nghiêm pháp Sellick**, bảo vệ tránh trào ngược

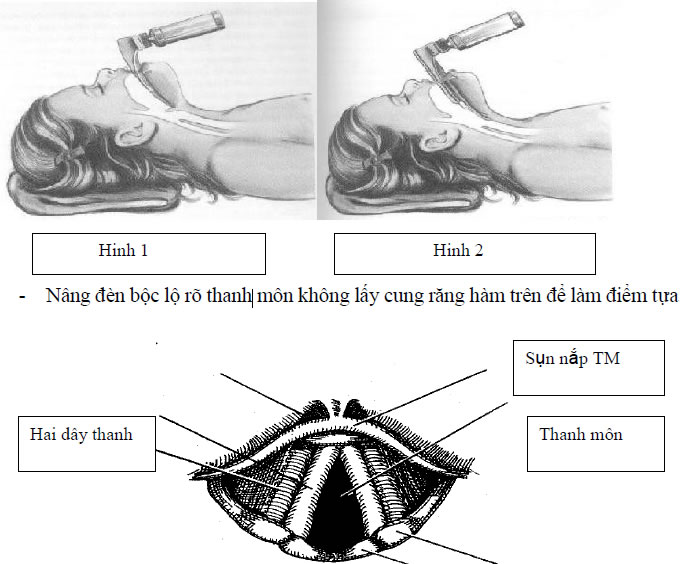
**1.3.2. Bộc lộ thanh môn Tay trái:**

- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T

- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn

- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong (H2)

- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng (H1)



**1.3.3. Luồn ống NKQ**

- Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn

- Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn + Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, panh Magill, dây dẫn...

+ Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

**1.3.4. Kiểm tra ống**

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20- 21 cm và nam: 22-23cm

- Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ:

+ Nghe phổi , nghe vùng thượng vị

+ Xem hơi thở có phụt ngược ra không?

+ Sờ vị trí bóng chèn + Đo ET CO2 khí thở ra + Xquang ngực ...

**1.3.5. Cố định ống**

+ Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg + Cố định băng dính hoặc bằng dây băng có ngáng miệng

**2. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi**

**2.1. Vô cảm**

**- Cho Người bệnh thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ**

**- Dùng an thần, tiền mê**

- Có thể áp dụng phương pháp gây tê (GT) tại chỗ:

- GT đường mũi: khí dung, phun mù...

- GT phần trên hai dây thanh âm, gốc lưỡi

- GT phần dưới hai dây thanh âm

- Không dùng thuốc gây bloc thần kinh cơ

**2.2. Tư thế người bệnh**:

-Nằm ngửa,kê gối dưới vai

**2.3. Thực hiện kỹ thuật**

**2.3.1. Luồn ống qua mũi**

- Đưa đầu ống vào lỗ mũi trước, mặt vát quay về phía cuốn mũi.

- Đẩy ống vuông góc với mặt NGƯỜI BỆNH, vừa đẩy vừa xoay nhẹ.

- Khi đầu ống NKQ đi qua lỗ mũi sau có cảm giác nhẹ hẫng tay

**2.3.2. Luồn ống vào khí quản**

**Dùng đèn:**

- Tay trái đặt đèn vào miệng NGƯỜI BỆNH và bộc lộ thanh môn

- Tay phải luồn ống qua thanh môn vào khí quản tương tự như khi đặt đường miệng.

**Đặt NKQ không dùng đèn (đặt mò):**

- Tay trái: lòng bàn tay đặt vào chẩm phối hợp với tay phải điều chỉnh đầu trong của ống NKQ

- Tay phải: cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Dò tìm vị trí có luồng hơi thở ra mạnh nhất.

+ Đợi đến đầu thì hít vào, đẩy ống vào sâu thêm khoảng 5 cm.

+ Ông đi vào qua thanh môn có cảm giác nhẹ tay, có hội chứng xâm nhập Người bệnh ho sặc sụa và có hơi thở phụt qua miệng ống + Ông vào dạ dầy người bệnh không ho sặc, không hơi thở phụt ra miệng ống + Ông vào các xoang hai bên thanh môn có cảm giác đẩy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lai hướng ống

**2.3.3. Kiểm tra vị trí ống:**

- Tương tự đặt đường miệng

- Đặt ống vào sâu hơn đường miệng 3 - 4 cm

**2.3.4. Cố định ống:**

Tương tự đặt đường miệng

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**1. Tai biến.**

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.

- Hít phải: dịch dạ dầy, răng, chất tiết hầu.

- Tổn thương răng, hầu, thanh quản, khí quản.

- Đặt nhầm vào thực quản.

- Đặt NKQ vào phế quản gốc phải.

- Chảy máu.

- Thiếu ôxy.

- Rối loạn về tim mạch thường gặp hơn ở những người thiếu máu cơ tim

-  Nhiễm khuẩn phổi sau 24 giờ: dùng kháng sinh.

**2.  Theo dõi**

- Kiểm tra vị trí ống nội khí quản bằng chụp X-quang phổi. Đầu ống phải ở giữa hai đầu trong xương đòn, khoảng 1/3 giữa khí quản.

- Điện tim

-Làm xét nghiệm khí máu động mạch.

## **195. SƠ CỨU BỎNG KỲ ĐẦU ĐƯỜNG HÔ HẤP**

## **196. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp dị vật mắc lại trong họng miệng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng

- 1 điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường

- Kẹp khuỷu hoặc pince gắp dị vật họng miệng

**3. Người bệnh**

-Được thăm khám và giải thích về qui trình

**4. Hồ sơ bệnh án**

-Theo quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Xịt tê bằng lidocaine nếu bệnh nhân kích thích

**2. Tư thế người bệnh**

- Người bệnh ngồi theo tư thế khám thông thường tai mũi họng. Trẻ nhỏ có người lớn giữ.

**3. Kỹ thuật**

- Người bệnh ngồi, há miệng ( nếu kích thích xịt lidocaine)

- Dùng đè lưỡi bộc lộ họng miệng.

- Quan sát họng miệng, thường dị vật cắm ở amidan hoặc mắc ở gốc lưỡi

- Dùng kẹp khuỷu hoặc pince, cặp chặt dị vật và đưa ra ngoài.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

- Tình trạng toàn thân

**2. Tai biến và xử trí**

- Nhiễm trùng vùng cổ: Điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.

- Dị vật đi xuống vùng hạ họng,thực quản : Tiến hành lấy dị vật vùng hạ họng thực quản.

## **197. KHÍ DUNG MŨI HỌNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Khí dung thuốc nhằm sử dụng thuốc dưới dạng sương mù để điều trị chống viêm tại chỗ cụng như để điều trị bệnh lý mũi họng ,co thắt phế quản, tắc nghẽn đường thở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Sau rút ống nội phế quản: gây co thắt thanh khí quản.

-Tiền sử hen phế quản, COPD.

-Cơn hen phế quản cấp.

-Đợt cấp COPD.

-Cần hỗ trợ cho khạc đờm.

-Co thắt phế quản do nhiễm khuẩn phổi.

-Bệnh lý sau sặc vào phổi: Hội chứng trào ngược

-Bệnh lý mũi họng: Viêm xoang,viêm họng thanh quản

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

-Không có chống chỉ định đặc biệt.

-Dị ứng thuốc khí dung

**IV.CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

**- Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

**- Điều dưỡng:**

+ Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.

+ Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

**2.Phương tiện**

-Máy khí dung.

-Bình khí dung tuỳ theo bệnh lý mà lựa chọn

VD: Loại khí dung mũi, họng hay mặt nạ.

-Thuốc khí dung: Thuốc dãn phế quản,thuốc chống viêm, phù nề.

thuốc làm loãng đờm để giúp cho bệnh nhân tự khạc, long đờm và dễ hút đờm.

-Bộ chống sốc.

**3.Người bệnh**

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

Bệnh nhân tỉnh cần giải thích cho họ ích lợi của quy trình khí dung.

Giám sát các tác dụng phụ của thuốc:

Sự khó chịu trong quá trình khí dung.

Sự thay đổi về lâm sàng: nhịp thở, mạch, huyết áp, SpO2.

**4. Hồ sơ bệnh án**

*-* Các xét nghiệm máu cơ bản

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

**1. Vô cảm:** Bình thường

**2. Tư thế người bệnh:** Ở tư thế thoải mái.

**3. Thực hiện kỹ thuật** (điều dưỡng chăm sóc):

- Cho thuốc khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.

- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnhkhó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.

- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

**VI. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1.Theo dõi**

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bấtthường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2)…

**2. Tai biến và xử trí**

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.

- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc

## **198. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- V.A quá phát gây cản trở đường thở.

- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.

- V.A gây viêm kế cận.

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.

- Lao sơ nhiễm.

- Trẻ hở hàm ếch.

- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Thìa nạo VA

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**3. Người bệnh**

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

- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.

- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô càm**

Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu ngửa

**3. Kỹ thuật**

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

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

+ Dùng dụng cụ nạo:(thìa nạo, hoặc hummer, dao plasma, dao laser…tùy điều kiện của cơ sở ) tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

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

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

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

+ Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.

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

- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

## **199. CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt amidan bằng Coblator là phương pháp dùng sóng năng lượng tần số radio cao tần để phá hủy mô amidan. Cắt amidan bằng máy Coblator II có ưu điểm lớn là vừa cắt, vừa hút, vừa tưới nước ở nhiệt độ 67oC nên không gây bỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Amidan có nhiều đợt viêm cấp: 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liền.

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

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Tạm thời**

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

- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.

- Đang có dịch ở địa phương.

- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

**2. Tuyệt đối**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**2. Phương tiện**

- Máy Coblator II với chức năng cắt amidan, nạo V.A, đốt cuốn mũi, chỉnh hình vòm họng và phẫu thuật điều trị ngáy...

- Đầy đủ dụng cụ và các thiết bị đi kèm.

**3. Người bệnh**

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

- Bồi phụ máu, nước, điện giải...

- Nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước khi phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như: công thức máu, máu chảy máu đông, chức năng gan, thận, Xquang phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim...

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Kỹ thuật**

***3.1. Tư thế***

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

- Máy Coblator II và dụng cụ mổ đặt bên phải của người bệnh.

- Máy gây mê đặt bên trái của người bệnh.

- Phẫu thuật viên và trợ thủ viên đứng hoặc ngồi phía trên đầu của người bệnh.

***3.2. Vô cảm***

Gây mê toàn thân.

***Thì 1:*** Đặt banh miệng tự hãm.

***Thì 2:*** Dùng đầu dò chuyên dụng cắt amidan bằng nhiệt vừa tưới nước và hút dịch cùng với mảnh vụn, đồng thời đốt các điểm chảy máu.

***Thì 3:*** Kiểm tra lại hốc amidan đã cắt.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Người bệnh không được la hét lớn và nằm viện thêm nửa ngày để theo dõi.

- Ngoài ra, trẻ cần có chế độ ăn uống đặc biệt: kiêng các thức ăn cứng, nóng, chua, cay. Nên ăn các thức ăn: lỏng, nguội, mềm trong vòng 15 ngày đầu để tránh chảy máu sau mổ.

- Người bệnh có thể về nhà trong ngày làm việc và học tập trở lại bình thường sau một tuần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất. Dùng kẹp dài và spongel đè ép lên hố amidan đang chảy máu. Nhúng spongel vào epinephrin hoặc bột thrombin có thể đem lại hiệu quả. Nếu thất bại, người bệnh cần được đưa vào phòng mổ để thắt động mạch. Các biến chứng khác bao gồm:

- Đau (ví dụ: viêm họng, đau tai).

- Mất nước (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).

- Sụt cân (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).

- Sốt (ít gặp, thường do nhiễm trùng tại chỗ).

- Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật (do phù nề lưỡi gà, tụ máu, sặc hít).

- Amidan còn sót lại sau cắt.

- Chấn thương tâm lý, chứng hoảng sợ về đêm, hoặc trầm cảm.

Tùy thuộc vào từng loại biến chứng, thầy thuốc Tai Mũi Họng và gây mê sẽ có biện pháp xử trí thích hợp và hiệu quả nhất.

## **200. NẠO VA BẰNG COBLATOR**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- V.A quá phát gây cản trở đường thở.

- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.

- V.A gây viêm kế cận.

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

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

**2. Chống chỉ định tương đối**

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.

- Lao sơ nhiễm.

- Trẻ hở hàm ếch.

- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.

- Optic 0 độ, 4 mm.

- Bộ dụng cụ Coblator.

- Banh miệng.

- Thuốc co mạch nasolin.

- Dây vén màn hầu.

**3. Người bệnh**

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

- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.

- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Gây mê toàn thân**

**4. Kỹ thuật**

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

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

+ Dùng Coblator tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.

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

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

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

+ Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.

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

- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: đốt cầm máu.

## **201. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE GÓC TRONG Ổ MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi giảm áp ổ mắt là phẫu thuật nội soi lấy đi thành trong ổ mắt để làm giảm áp suất bên trong ổ mắt. Phẫu thuật có thể tiếp cận đến đỉnh ổ mắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tăng áp ổ mắt do tụ máu phù nề sau chấn thương, do viêm,..

- Lồi mắt do bệnh lý tuyến giáp.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện :**

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ thạc sỹ, chuyên khoa II trở lên được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang, optic 0o và optic 45o, mũi khoan kim cương dài và thiết bị bơm nước để giảm nhiệt vùng xương bị mài.

- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,…).

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được:

+ Làm các xét nghiệm thường quy.

+ Khám trước mổ như thông thường.

+ Khám nội soi tai mũi họng.

+ Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 2 tư thế coronal và axial.

**4.Hồ sơ bệnh án** : đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm :**

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

**2.Tư thế người bệnh :**

Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.

**3. Kỹ thuật**

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..

- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.

- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kìm cắt ngược hoặc dao hút - cắt (hummer).

- Mở bóng sàng bằng kẹp Blakesley hay thìa nạo để dẫn lưu các xoang sàng trước. Mở xuyên mảnh nền xương cuốn giữa đến các tế bào sàng sau để làm sạch và dẫn lưu, bộc lộ xương giấy. Rạch xương giấy bằng bay.

- Dùng kìm đột gặm dần xương giấy theo hướng xuống dưới, lên trên và ra sau. Xương giấy cũng có thể được gặm từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược nhưng chúng ta cần ngưng thao tác khi tiếp cận với vùng xương cứng để tránh làm tổn thương ống lệ. Người phụ phải ấn vào mi mắt để phẫu thuật viên thấy được bao ổ mắt đã được bộc lộ bao nhiêu.

- Phần xương nối giữa thành trong và thành dưới của ổ mắt rất dày chắc vì vậy chúng ta không nên lấy thành xương này vì động tác này có thể gây nên tình trạng song thị.

- Dùng dao rạch cốt mạc sau khi toàn bộ ổ mắt đã được giảm áp. Đầu tiên rạch một đường rạch ngang bắt đầu ở phía sau trên cốt mạc, sau đó rạch tiếp một số đường song song rồi rạch các đường theo phương thẳng đứng để tạo thành hình mắt lưới. Lưu ý tránh động tác rạch sâu sẽ làm tổn thương cơ thẳng trong.

- Sau khi rạch cốt mạc xong, người phụ dùng tay ấn nhãn cầu để làm cho mảnh cốt mạc rời ra hoàn toàn và mỡ ổ mắt dễ dàng qua lỗ hở vừa tạo ra vào hốc mũi.

- Trong phẫu thuật giảm áp ổ mắt toàn bộ, dùng khoan kim cương lấy đi tổ chức xương ở đỉnh ổ mắt (phần xương này rất cứng và chắc). Trong khi khoan, phải thường xuyên bơm nước để tránh hiệu ứng nhiệt do ma sát truyền vào làm tổn thương thần kinh thị giác.

**V. CHĂM SÓC SAU MỔ**

- Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau, cầm máu.

- Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Viêm mô tế bào quanh hốc mắt:

- Biểu hiện người bệnh sưng và đau mắt tăng dần.

- Xử trí:

+ Dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau.

+ Thuốc kháng sinh nhỏ mắt.

## **202. KHAU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VUNG DẦU CỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương đơn giản vùng đầu mặt cổ làn những vết thương da, tổ chức dưới da, chưa tổn thương đến lớp cơ, xương, gân, động mạch lớn, thần kinh và không có mất chất… ở vùng đầu mặt cổ

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương phần mềm vùng đầu mặt cổ đơn thuần

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Tình trạng toànthân đe dọa tính mạng

- Kèm chấn thương sọ não

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

1 bác sĩ , 1 điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê  
lidocain 2%, bơm tiêm

- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kéo nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng, đầu mặt cổ

- Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy máu đông, đường máu, urê máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, phim Xquang tim phổi**, CT sọ não nếu cần**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ. Nếu trẻ em có thể gây mê

**2.Tư thế**

Bệnh nhân nằm thoải mái bộc lộ vùng vết thương cần khâu

**3. Kĩ thuật**

- Làm sạch vết thương

- Cắt lọc vết thương

- Cầm máu

- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín  
từ sâu ra nông.

- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**

- Vấn đề nhiễm khuẩn

- Sự liền vết thương

**2. Tai biến và xử trí**

- Nhiễm trùng

Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền

Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc chờ cho kháng sinh toàn  
thân. Tại chỗ: Mở vết thương, làm sạch, khâu lại

-Sẹo xấu

Xử trí: Sửa sẹo sau [thủ](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) thuật lần 1 ít nhất sau 1 năm