BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN

QUY TRÌNH

KỸ THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

2023

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN

KHOA MẮT

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHÃN KHOA

2023

BỘ Y TẾ ---	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** ----------
Số: 3906/QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 12 tháng 10 năm 2012*

QUYẾT ĐỊNH

VỀ VIỆC BAN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH NHÃN KHOA

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 và Nghị định số 22/2010/NĐ-CP ngày 09/3/2010 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 25/4/2012 của Hội đồng nghiệm thu Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn Khoa của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 89 Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa.

Điều 2. Các Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa này áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện thực hiện theo quy định hiện hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và ban hành.

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Chánh thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ, Cục của Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Xuyên

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KCB.

LỜI NÓI ĐẦU

Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I (năm 1999), tập II (năm 2000) và tập III (năm 2005), các quy trình kỹ thuật đó là quy chuẩn về quy trình thực hiện các kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

Tuy nhiên, trong những năm gần đây khoa học công nghệ trên thế giới phát triển rất mạnh, trong đó có các kỹ thuật công nghệ phục vụ cho ngành y tế trong việc khám bệnh, điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh. Nhiều kỹ thuật, phương pháp trong khám bệnh, chữa bệnh đã được cải tiến, phát minh, nhiều quy trình kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh đã có những thay đổi về mặt nhận thức cũng như về mặt kỹ thuật.

Nhằm cập nhật, bổ sung và chuẩn hóa các tiến bộ mới về số lượng và chất lượng kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, Bộ trưởng Bộ Y tế đã thành lập Ban Chỉ đạo xây dựng quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Lãnh đạo Bộ Y tế làm Trưởng ban. Trên cơ sở đó Bộ Y tế có các Quyết định thành lập các Hội đồng biên soạn Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh theo các chuyên khoa, chuyên ngành mà Chủ tịch Hội đồng là Giám đốc các Bệnh viện chuyên khoa, đa khoa hoặc các chuyên gia hàng đầu của Việt Nam. Các Hội đồng phân công các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa theo chuyên khoa sâu biên soạn các nhóm quy trình kỹ thuật. Mỗi quy trình kỹ thuật đều được tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài và chia sẻ kinh nghiệm của các đồng nghiệp thuộc chuyên khoa, chuyên ngành. Việc hoàn chỉnh mỗi quy trình kỹ thuật cũng tuân theo quy trình chặt chẽ bởi các Hội đồng khoa học cấp bệnh viện và các Hội đồng nghiệm thu của chuyên khoa đó do Bộ Y tế thành lập. Mỗi quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh đảm bảo được nguyên tắc ngắn gọn, đầy đủ, khoa học và theo một thể thức thống nhất.

Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh là tài liệu hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật, là cơ sở pháp lý để thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc được phép thực hiện kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh đồng thời cũng là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ kỹ thuật, phân loại phẫu thuật, thủ thuật và những nội dung liên quan khác. Do số lượng danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh rất lớn mà mỗi quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh từ khi biên soạn đến khi Quyết định ban hành chứa đựng nhiều yếu tố, điều kiện nghiêm ngặt nên trong một thời gian ngắn không thể xây dựng, biên soạn và ban hành đầy đủ các quy trình thuật. Bộ Y tế sẽ Quyết định ban hành những quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, phổ biến theo từng chuyên khoa, chuyên ngành và tiếp tục ban hành bổ sung những quy trình kỹ thuật đối với mỗi chuyên khoa, chuyên ngành nhằm đảm bảo sự đầy đủ theo Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

Để giúp hoàn thành các quy trình kỹ thuật này, Bộ Y tế trân trọng cảm ơn, biểu dương và ghi nhận sự nỗ lực tổ chức, thực hiện của Lãnh đạo, Chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, sự đóng góp của Lãnh đạo các Bệnh viện, các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên ngành là tác giả hoặc là thành viên của các Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và các nhà chuyên môn đã tham gia góp ý cho tài liệu.

Trong quá trình biên tập, in ấn tài liệu khó có thể tránh được các sai sót, Bộ Y tế mong nhận được sự góp ý gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế 138A - Giảng Võ - Ba Đình - Hà Nội./**DANH SÁCH**

38 QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH NHÃN KHOA

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3906 ngày 12 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

MỤC LỤC **Trang**

1. Cắt mống mắt ngoại vi bằng laser 1
2. Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc 3
3. Phẫu thuật cắt mống mắt ngoại vi (chu biên) 5
4. Phẫu thuật mở bao sau thể thủy tinh bằng laser 7
5. Phẫu thuật đóng lỗ rò túi lệ 9
6. Thủ thuật chích áp xe túi lệ 11
7. Phẫu thuật cắt bỏ túi lệ 13
8. Phẫu thuật tạo hình điểm lệ điều trị hẹp, tắc điểm lệ 15
9. Phẫu thuật tạo hình điểm lệ điều trị lật điểm lệ 17
10. Thủ thuật đặt ống silicon lệ mũi điều trị hẹp và tắc lệ đạo 19
11. Phẫu thuật điều trị mộng 22
12. Phẫu thuật cắt u dạng bì kết - giác mạc 25
13. Thủ thuật tiêm nội nhãn 27
14. Phẫu thuật khâu vết thương da mi 31
15. Phẫu thuật tái tạo lệ quản đứt do chấn thương 33
16. Phẫu thuật khâu vết rách giác mạc củng mạc 36
17. Phẫu thuật mở tiền phòng lấy máu cục 40
18. Phẫu thuật cắt u mi 43
19. Phẫu thuật tạo hình mi mắt 45
20. Phẫu thuật quặm mi tuổi già 48
21. Phẫu thuật tạo nếp gấp mi trên 50
22. Phẫu thuật điều trị thoát vị mỡ mi mắt (bọng mỡ mi) 52
23. Phẫu thuật múc nội nhãn 55
24. Phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu 57
25. Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao, đặt thể thủy tinh nhân tạo 59
26. Phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao 62
27. Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục bằng phương pháp siêu âm (phẫu thuật phaco) 64
28. Thử kính đo khúc xạ chủ quan 67
29. Đo khúc xạ tự động 69
30. Soi bóng đồng tử 70
31. Kỹ thuật chích chắp - lẹo 72
32. Nặn tuyến bờ mi 74

33. Bơm rửa và thông lệ đạo 76
34. Lấy bệnh phẩm kết mạc 78
35. Thay băng mắt vô khuẩn 80
36. Nhỏ thuốc vào mắt 82
37. Đo nhãn áp kế maclakop 84
38. Tính công suất thể thủy tinh thay thế bằng siêu âm ab 86

1. CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt mống mắt ngoại vi bằng laser là sử dụng năng lượng của máy laser tạo một lỗ thủng có đường kính khoảng 0,5mm ở chu biên mống mắt nhằm giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử.

2. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm góc đóng nguyên phát khi các góc còn mở > 180^0.
- Những trường hợp có dính mống mắt gây nghẽn đồng tử.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Giác mạc quá phù hoặc giác mạc mờ đục, trợt giác mạc, loét giác mạc.
- Viêm màng bồ đào tiến triển.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong cắt mống mắt ngoại vi.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc co đồng tử trước phẫu thuật.
- Sau khi mống mắt đã co tốt, nhỏ thuốc gây tê tại chỗ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Những trường hợp mống mắt mỏng hoặc trung bình

- Đặt mức năng lượng cần điều trị tùy theo mức độ dầy hay mỏng của mống mắt.
- Đặt số lượng xung trong 1 lần điều trị là 1 xung.

- Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra trước hay sau tiêu điểm (tùy theo mức độ dày của mống mắt, độ sâu tiền phòng, vị trí của lỗ cắt ra sát chân mống mắt hay xa chân mống mắt).

- Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi.

- Chỉnh kích thước của chùm tia Héne sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất.

- Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được mống mắt và 2 điểm đỏ của chùm Héne.

- Đặt kính tiếp xúc.

- Chọn vị trí mống mắt: nơi mống mắt mỏng nhất, tránh vùng tương ứng với vòng động mạch của mống mắt, tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ (để tránh hiện tượng song thị do lỗ mở mống mắt).

- Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héne trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

- Có thể cắt 1 hoặc 2 lỗ tùy theo mức độ tổn thương bệnh lý của người bệnh.

5.3.2. Những trường hợp đặc biệt

Đối với những mắt mống mắt quá dày, hoặc mống mắt sung huyết, tân mạch mống mắt: trước khi cắt mống mắt nên quang đông vùng mống mắt cần cắt bằng laser quang đông như đối với laser tạo hình mống mắt theo các bước sau:

- Đặt kính tiếp xúc vào mắt.

- Thực hiện laser trên mống mắt chu biên (càng sát chân mống mắt càng tốt).

- Cắt mống mắt chu biên bằng laser tại vị trí nốt quang đông.

6. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại.

  + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần 4 /ngày, trong 1tuần)

  + Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg x 1v/ ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn giao cảm x 2 lần trong ngày trong 1 tuần).

  + Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.

- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao.

7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu tiền phòng; Tổn thương giác mạc; Tiền phòng vẩn đục bởi sắc tố, không quan sát được vùng cần cắt mống mắt.…

2. PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỦNG GIÁC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm góc mở: không còn đáp ứng với thuốc và laser hoặc chống chỉ định với việc dùng thuốc hoặc không có khả năng dùng thuốc.

- Glôcôm góc đóng: khi góc đóng trên một nửa chu vi, hoặc những trường hợp không thành công với điều trị laser.

- Glôcôm bẩm sinh.

- Glôcôm thứ phát nhãn áp không điều chỉnh với thuốc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh cấp tính tại toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

- Tình trạng kết mạc và củng mạc không cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Dụng cụ vi phẫu.

- Hiển vi phẫu thuật.

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

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

- Tra mắt bằng betadin 5%, kháng sinh trước phẫu thuật.

- Đánh dấu mắt phẫu thuật.

- Trước phẫu thuật 1 - 2 giờ, người bệnh được tra betadin 5%, kháng sinh, uống acetazolamid 0,25g x 2 viên.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

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

- Mở kết mạc:

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

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

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

- Chọc tiền phòng, hạ nhãn áp từ từ.

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

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

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

- Khâu phục hồi kết mạc.

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

- Tiêm kháng sinh và corticoid.

6. THEO DÕI HẬU PHẪU

Điều trị thuốc chung.

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

- Kháng sinh tại chỗ 2 tuần đầu.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

3. PHẪU THUẬT CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI (CHU BIÊN)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

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

5.4. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

- Tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu (2 - 3 lần cách nhau khoảng 1 - 2 phút).

- Cố định hai mi bằng vành mi.

- Phẫu tích kết mạc từ rìa giác mạc hoặc giác mạc phía 11 giờ hoặc 13 giờ. Đốt cầm máu củng mạc.

- Dùng lưỡi dao mở giác mạc sát rìa vào tiền phòng dài 2mm.

- Dùng kẹp phẫu tích gắp và cắt mống mắt ngoại vi.

- Rửa sạch sắc tố mống mắt ở mép phẫu thuật. Dùng spatule gạt cho đồng tử tròn đều và kiểm tra qua hiển vi phẫu thuật xem mống mắt đã được cắt hết lớp chưa.

- Kéo kết mạc xuống phủ kín mép phẫu thuật.

- Tiêm kháng sinh cạnh nhãn cầu và tra mỡ kháng sinh.

- Băng vô trùng.

6. THEO DÕI

- Thay băng mắt hàng ngày.

- Tra mắt thuốc kháng sinh, corticoid.

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

- Ngày sau phẫu thuật người bệnh có thể ra viện.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

- Chảy máu: cầm máu.

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

4. PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU THỂ THỦY TINH BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Mở bao sau bằng laser là tạo một lỗ thủng ở trung tâm bao sau có đường kính khoảng (3 - 4mm) tương ứng với lỗ đồng tử nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những mắt có đục bao sau thể thủy tinh mức độ 2 và 3 thị lực ≤ 3/10.

- Những mắt có đục bao sau độ 1, thị lực > 3/10 nhưng có rối loạn chức năng ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh: nhìn lóa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật dưới 8 tuần.

- Những mắt có kèm các bệnh lý.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Một bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.

- Kính tiếp xúc dùng trong mở bao sau: Capsulotomy Yag Laser Lens.

- Chuẩn bị khởi động máy.

- Chuẩn bị kính tiếp xúc và chất nhầy.

- Thuốc dãn đồng tử: loại thuốc tác dụng nhanh.

- Thuốc gây tê bề mặt kết giác mạc.

- Thuốc kháng sinh rửa mắt sau điều trị, bông vô trùng.

4.3. Người bệnh

- Khám chức năng: đo thị lực, nhãn áp, siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.

- Khám lâm sàng để xác định tình trạng vị trí đồng tử, mức độ đục bao sau.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

- Nhỏ thuốc dãn đồng tử, nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Khởi động máy.

- Đặt mức năng lượng cần điều trị: mức năng lượng lần đầu thường đặt khoảng 1,2mJ. Số lượng là 1 xung trong 1 phát bắn. Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi. Chỉnh kích thước của chùm tia Héne sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất. Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được bao sau và 2 điểm đỏ của chùm Héne. Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra sau tiêu điểm.

- Đặt kính tiếp xúc. Chọn vị trí mở đầu tiên tại nơi bao mỏng và cách xa IOL nhất. Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héne trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

- Mức năng lượng cho xung đầu tiên với đục mức độ 1 là 1,2mJ, mức độ 2 là 1,5; mức độ 3 là 1,7mJ. Nếu xung đầu tiên không kết quả, tăng thêm 0,2mJ/ xung.

- Mở bao theo đường tròn kích thước 2,5 - 3,5mm (vì sau mở bao lỗ mở có thể rộng thêm khoảng 0,5mm).

6. THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại:

  + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần 4 /ngày, trong 1 tuần).

  + Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg x 1v/ ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn giao cảm x 2 lần trong ngày trong 1 tuần).

  + Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.

- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao, bong võng mạc.

7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Để tránh tổn thương IOL (Vết chấm trên IOL): chú ý mở bao theo đường tròn, các vết bắn cách tâm đồng tử 1 - 1,5mm. Những trường hợp bao sau đục dày và dính chặt với IOL nên chỉnh chùm tia ra phía sau bao để tránh tổn hại IOL.

- Tiền phòng vẩn đục chất thể thủy tinh, không quan sát được vùng cần cắt: ngừng điều trị, hẹn người bệnh tới điều trị bổ sung vào ngày sau đó.

5. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ RÒ TÚI LỆ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

5.3.2. Kỹ thuật

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

6. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân, tại chỗ, chống phù nề

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

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

6. THỦ THUẬT CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp áp xe túi lệ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

4.2. Phương tiện

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

4.3. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. Kỹ thuật

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

6. THEO DÕI

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

7. PHẪU THUẬT CẮT BỎ TÚI LỆ

1. 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.

2. 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.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

5.3.2. 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.

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

7.1. 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.

7.2. 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.

8. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ ĐIỀU TRỊ HẸP, TẮC ĐIỂM LỆ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hoặc tắc điểm lệ do các nguyên nhân khác như hội chứng Steven-Jonhson, Pemphigoid.
- Hẹp điểm lệ do quá sản biểu mô điểm lệ.
- Đang mắc bệnh khác tại mắt, đặc biệt đang viêm lệ quản.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật hoặc kính lúp phóng đại tùy theo điều kiện nơi phẫu thuật.
- Dụng cụ phẫu thuật: bộ thông nong lệ đạo, kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu, dao số 11 mũi nhọn.
- Thuốc sát trùng, thuốc gây tê tại chỗ.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về bệnh tật và phẫu thuật.
- Chuẩn bị người bệnh như phẫu thuật thường quy.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Tiến hành phẫu thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.4. Các thì phẫu thuật

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

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

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

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

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

- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt.

6. THEO DÕI

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

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

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

9. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ ĐIỀU TRỊ LẬT ĐIỂM LỆ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp lật điểm lệ do sẹo da mi co kéo, do mi nhẽo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Lật điểm lệ do các khối u mi.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Cán bộ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

4.2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật.

- Dụng cụ phẫu thuật mi mắt, dao số 11.

- Thuốc tê bề mặt như dicain 1%, thuốc tê tại chỗ như xylocain 2%, thuốc sát trùng betadin 5%.

- Chỉ tiêu chậm 7-0 hoặc 8-0.

4.3. Người bệnh

Chuẩn bị như người bệnh thường quy.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Hồ sơ được làm hoàn chỉnh, đầy đủ các mục theo quy định và đã được duyệt phẫu thuật.

5.2. Kiểm tra người bệnh

- Vệ sinh cá nhân, mặc quần áo theo quy định.

- Đối chiếu tên tuổi, chỉ định phẫu thuật với biển phẫu thuật và hồ sơ bệnh án.

5.3. Vô cảm

Nhỏ thuốc tê bề mặt như dicain 1% x 3 lần, gây tê tại chỗ vùng da xung quanh điểm lệ bằng xylocain 2% x 3 - 5ml.

5.4. Cách tiến hành

- Nếu lật mi do sẹo da mi co kéo thì phải tách và cắt bỏ sẹo xơ ở da, giải phóng co kéo, ghép da nếu cần.

- Nếu lật mi do nhẽo mi: tiến hành rạch rồi cắt kết mạc và tổ chức dưới kết mạc (thuộc phần sụn mi mặt trong điểm lệ), cắt theo hình thoi.

- Khâu kéo 2 bờ của hình quả trám mới cắt để kéo điểm lệ lật vào trong.

- Tra kháng sinh và băng mắt.

6. THEO DÕI

Hậu phẫu thường quy, người bệnh chỉ cần điều trị ngoại trú.

10. THỦ THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ MŨI ĐIỀU TRỊ HẸP VÀ TẮC LỆ ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

- Chống chỉ định tuyệt đối:

  + Hẹp, tắc lệ đạo do u, quá sản.

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

  + Dị dạng lệ đạo, không có điểm lệ...

  + Bệnh toàn thân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Cán bộ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

4.2. Phương tiện

- Đèn trần, có thể kèm theo đèn trán Clar.

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ thông nong lệ đạo, kim lệ đạo, bơm tiêm, kẹp phẫu tích kết mạc 1 răng, kéo thẳng, mở mũi, kẹp phẫu tích Kocher không răng cỡ nhỏ.

- Gạc đặt mũi có tẩm thuốc co mạch niêm mạc mũi.

- Ống silicon: loại có đầu dẫn (1 hoặc 2 đầu dẫn tùy theo chỉ định đặt qua 1 hay 2 lệ quản), ống đã được tiệt trùng.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về phẫu thuật về tỷ lệ thành công và thất bại.

- Nếu là trẻ em hoặc người lớn phải gây mê thì phải nhịn ăn, nhịn uống.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁCH TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

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

5.2. Kiểm tra người bệnh

- Vệ sinh cá nhân và mặc quần áo theo quy định.

- Đối chiếu tên, tuổi người bệnh, chỉ định điều trị với biển tên và hồ sơ bệnh án.

5.3. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.

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

5.4. Tiến hành

- Sát trùng.

- Gây tê hoặc mê.

- Đặt gạc có tẩm thuốc co mạch pha lẫn thuốc tê vào khoang mũi (đặc biệt vào ngách mũi dưới) 5 - 10 phút trước khi đặt ống.

- Nong điểm lệ bằng que nong điểm lệ.

- Đặt que thông số to dần để nong lệ quản.

- Bơm nước lệ đạo để xác định vị trí hẹp.

- Tiếp tục đưa que thông lệ đạo (ít nhất que số 0) vào lệ quản trên hoặc dưới, quay que thông 90 độ, tiếp tục đưa que thông xuống túi lệ và ống lệ mũi rồi vào khoang mũi. Kiểm tra que thông chắc chắn đã xuống khoang mũi. Nếu que thông không xuống được khoang mũi hoặc kiểm tra không thấy que thông trong khoang mũi thì ngừng thủ thuật.

- Tiến hành đặt ống: rút gạc mũi, đặt ống silicon có đầu dẫn lần lượt đi vào đường lệ và rút đầu dẫn ra đường mũi qua ngách mũi dưới.

- Cầm máu niêm mạc mũi nếu có chảy máu bằng cách đặt gạc mũi.

- Cố định ống: tùy theo loại ống mà cách cố định khác nhau.

- Tra mỡ kháng sinh vào mắt, băng mắt.

6. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Hậu phẫu thường quy.

- Tra kháng sinh phổ rộng, kết hợp corticoid liều thấp trong 7 - 10 ngày.

- Uống thuốc giảm phù, có thể phối hợp kháng sinh toàn thân.

- Khám định kỳ hàng tháng.

- Rút ống trung bình sau 3 tháng.

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách lệ quản khi quay que thông hoặc lúc quay đầu dẫn của ống silicon. Đề phòng cần phải làm chùng mi dưới vào phía trong lúc xoay que thông, nếu bị rách có thể khâu lại đường rách.

- Sai đường: sai đường khi nong điểm lệ và lệ quản, ở trẻ em sai đường còn xảy ra khi đưa que thông vào ống lệ mũi. Nếu xảy ra, ngừng ngay thủ thuật.

- Chảy máu niêm mạc mũi: thường chảy ít. Cần kiểm soát và đặt gạc cầm máu.

- U hạt viêm ở điểm lệ: dùng thêm chống viêm corticoid, hoặc rút ống sớm.

- Nhiễm trùng đường lệ: kháng sinh tra uống, rút ống sớm.

- Tuột ống silicon: cần cố định ống tốt.

11. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

4.2. 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).

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Tiến hành phẫu thuật

5.3.1. Vô cảm

Tiêm tê cạnh nhãn cầu, thần kinh trên hố.

5.3.2. Thực hiện kỹ thuật

a. 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.

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

- Chỉ định các trường 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.

6. 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.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. 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.

7.2. 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. PHẪU THUẬT CẮT U DẠNG BÌ KẾT - GIÁC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

U dạng bì hoặc u bì mỡ là tổn thương lạc chỗ bẩm sinh, hầu như không có khả năng ác tính và thường tiến triển chậm. Có thể thấy u ở bất kỳ vị trí nào trên nhãn cầu nhưng vị trí thường gặp nhất là ở vùng rìa, góc 1/4 trên ngoài hoặc ở vùng khe mi góc ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

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

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

- Gây mê nếu người bệnh còn nhỏ (15 tuổi trở xuống).

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

5.3.2. Kỹ thuật

- Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.

- Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 1mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).

- Dùng dao tròn hoặc dao lạng mộng gọt phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

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

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

6. THEO DÕI

6.1. Trong phẫu thuật

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

6.2. Sau phẫu thuật

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Trong phẫu thuật

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

7.2. Sau phẫu thuật

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

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

13. THỦ THUẬT TIÊM NỘI NHÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

+ Nhóm chống viêm: dexamethason, triamcinolon...

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tiêm nội nhãn khi đang có nhiễm trùng cấp tính tại mắt (trừ tiêm kháng sinh để điều trị viêm nội nhãn).

- Tiền sử dị ứng với các thuốc được tiêm.

- Phụ thuộc vào loại thuốc tiêm nội nhãn, có các chống chỉ định riêng:

+ Chống viêm: glôcôm nhãn áp chưa điều chỉnh.

+ Thuốc chống tăng sinh tân mạch: tiền sử bệnh tim mạch.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

4.3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Tiến hành

5.3.1. Kỹ thuật tiêm thuốc tiền phòng

Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

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

- Sử dụng kim 26 - 27G, xuyên qua giác mạc trong sát rìa củng giác mạc, cách rìa 0,5 đến 1mm, hướng mũi kim song song với bình diện mống mắt để tránh chạm vào mống mắt và thể thủy tinh, bơm thuốc vào tiền phòng.

- Sau khi rút kim ra, có thể dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

5.3.2. Kỹ thuật tiêm thuốc vào buồng dịch kính

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

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

- Sử dụng kim 26 - 27G (đối với triamcinolon và macugen) hoặc 30G (đối với các kháng sinh, dexamethason hoặc avastin).

- Tiêm xuyên qua vùng pars plana, cách rìa giác mạc 3, 5mm với mắt còn thể thủy tinh hoặc 3mm với mắt đã lấy thể thủy tinh (hoặc đã đặt thể thủy tinh nhân tạo).

- Hướng mũi kim về phía cực sau của nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh (trong các trường hợp còn thể thủy tinh), xuyên kim khoảng 5 - 7mm (khoảng 1/2 chiều dài kim), kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính (qua sinh hiển vi nếu có), bơm thuốc vào nội nhãn.

- Sau khi rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

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

6. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ

6.1. Theo dõi sau tiêm thuốc tiền phòng

- Kiểm tra thị lực và khám trên sinh hiển vi kiểm tra tình trạng tiền phòng, mống mắt, thể thủy tinh.

- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.

- Dặn người bệnh khám lại.

6.2. Theo dõi sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính

- Kiểm tra thị lực và soi đáy mắt người bệnh để loại trừ tăng nhãn áp nghiêm trọng hoặc thậm chí tắc động mạch trung tâm võng mạc, hoặc xuất huyết dịch kính.

- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.

- Dặn người bệnh khám lại nếu đau nhức mắt hoặc nhìn mờ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Biến chứng sau tiêm thuốc tiền phòng

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

7.2. Biến chứng sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính

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

8. CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG VÀ CÁCH PHA CHẾ

8.1. Các thuốc thường dùng tiêm tiền phòng

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

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

8.2. Các thuốc thường dùng tiêm dịch kính

1. Vancomycin: 1mg/ 0,1ml dịch tiêm.

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

2. Ceftazidim 2,5mg/ 0,1ml dịch tiêm.

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

3. Amikacin: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 2ml amikacin có 500mg.
- Lấy 1ml trong lọ pha thêm 5,25ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch pha với 0,9ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm .

4. Gentamycin: 0,2mg/0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 2ml gentamycin có 80mg.
- Lấy 0,5ml pha với 9,5ml nước cất.

- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.

- Ngày càng ít dùng vì độc tính cao.

5. Dexamethason: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 1ml dexamethason có 4mg.

- Lấy 0,1ml để tiêm.

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

- Pha lọ bột 50mg amphotericin với 10ml nước cất.

- Lấy 0,1ml dung dịch trên pha với 9,9ml nước cất.

- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.

7. Triamcinolon 4mg/0,1ml.

- Lọ 1ml chứa 40mg.

- Lấy 0,1ml để tiêm.

8. Acyclovir: 2mg/0,05ml, ganciclovir: 1,7mg/0,05ml.

9. Bevacizumab (Avastin): 1,5 - 2,5mg/0,1ml.

- Lọ 4ml avastin chứa 100mg.

- Lấy 0,1ml để tiêm (chứa 2,5mg).

10. Pegaptanib (Macugen) và ranibizumab (Lucentis) được bào chế sẵn dưới dạng tiêm nội nhãn.

14. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG DA MI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

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

4.3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

5.3.2. 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.

6. 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).

7. XỬ LÝ TAI BIẾN

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

- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương 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.

15. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỆ QUẢN ĐỨT DO CHẤN THƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Đứt lệ quản do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

3.2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ trung phẫu, vi phẫu.

- Bộ thông lệ quản, thông đuôi lợn.

- Ống silicon lệ quản.

3.3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Được làm vệ sinh sơ bộ vùng hàm mặt bị chấn thương kèm theo (nếu có) như: rửa nước muối, tra thuốc kháng sinh, băng che vùng tổn thương trước khi làm phẫu thuật,...

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

3.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Kiểm tra hồ sơ

4.2. Kiểm tra người bệnh

4.3. Thực hiện kỹ thuật

Trường hợp đứt lệ quản trên.

4.3.1. Vô cảm

Gây tê hoặc gây mê.

4.3.2. Kỹ thuật

- Phương pháp đặt ống silicon một lệ quản

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

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

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

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

- Làm rộng 2 điểm lệ trên và dưới bằng que nong điểm lệ, luồn thông đuôi lợn từ điểm lệ trên qua lệ quản tới vị trí lệ quản đứt, luồn ống silicon qua lỗ đầu ống thông đuôi lợn, rút thông đuôi lợn ra khỏi lệ quản trên, để lại ống silicon nằm trong lệ quản trên. Lúc này 1 đầu của ống silicon có luồn chỉ 6-0 sẽ đi ra ở vị trí vết thương lệ quản. Đầu ống này sẽ được tiếp tục sử dụng cho thì phẫu thuật luồn qua lệ quản dưới tiếp theo sau đây.

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

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

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

- Khâu phục hồi bờ mi góc trong.

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

- Tra thuốc và băng ép.

5. THEO DÕI

- Mi góc trong khép, hở hay biến dạng.

- Tương quan vị trí điểm lệ trên và dưới.

- Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

- Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

- Cắt ống silicon sau 3 tháng.

- Điều trị nội khoa:

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

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

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

6. XỬ LÝ TAI BIẾN

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

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

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

16. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT RÁCH GIÁC MẠC CỦNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ

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

5.3.2. Kỹ thuật

a. 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.

b. Kỹ thuật khâu

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

- Làm sạch mép vết thương: gắp bỏ sạch các chất xuất tiết, dị vật bẩn bám mép vết thương.

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

- Vết thương củng mạc cần phẫu tích kết mạc, tenon che phủ vết thương:

  + Bóc tách kết mạc (cả tenon và tổ chức thượng củng mạc) từ trước ra sau, vừa bóc tách vừa bộc lộ vết thương.

  + Bóc tách kết mạc tới đâu, khâu vết thương tới đó để hạn chế phòi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.

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

  + Mống mắt

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

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

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

  + Thủy tinh thể đục vỡ: lấy phần thủy tinh thể kẹt dính vào mép rách giác mạc. Phần thủy tinh thể còn lại sẽ được xử trí thì 2.

  + Dịch kính: cắt bỏ phần dịch kính phòi kẹt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.

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

- 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.

6. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ HẬU PHẪU

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

+ Mép vết thương: có phù nề không? Có kín không? Có kẹt hay dính các tổ chức nội nhãn vào mép khâu giác mạc không?
+ Tiền phòng: sâu, nông hay xẹp tiền phòng? Tiền phòng xẹp có thể do hở mép phẫu thuật hoặc do thủy tinh thể đục căng 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.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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).

17. PHẪU THUẬT MỞ TIỀN PHÒNG LẤY MÁU CỤC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. 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.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Máu loãng tiền phòng hoặc máu tiền phòng đang có xu hướng tiêu tốt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. 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...

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

- Gây tê đối với người lớn.

5.3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Cố định mi bằng vành mi tự động hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Cố định cơ trực trên.
- Mở vào nhãn cầu:
  + Tạo vạt kết mạc và đốt cầm máu củng mạc.
  + Rạch giác củng mạc rìa. Độ rộng của đường mở vào nhãn cầu tùy thuộc vào độ lớn của khối máu cục, trung bình là 6mm.
  + Dùng kim hai nòng rửa tiền phòng hoặc bơm chất nhầy để đẩy toàn bộ khối máu cục ra ngoài qua đường rạch giác 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.

6. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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.

18. PHẪU THUẬT CẮT U MI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển nhanh nghi ngờ ung thư hoặc được chẩn đoán lâm sàng là ung thư.
- Khối u mi lành tính ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển lan rộng và sâu vào hốc mắt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ cắt u tạo hình.
- Thanh đè nhựa, kim loại.
- Máy hút, dao điện.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. Kỹ thuật

a. U bờ mi (thường là nốt ruồi bờ mi)

- Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ.

- Dùng dao cắt bỏ tổ chức u lấy tổ chức xét nghiệm mô bệnh học.

- Cầm máu nếu cần thiết.

- Khâu lại da hoặc nếu da mi thiếu có thể vá da trượt tại chỗ.

b. U mi vị trí trên trong hoặc trên ngoài (thường là u bì)

- Rạch da trực tiếp lên bề mặt khối u song song bờ mi. Chiều dài đường rạch tùy thuộc kích thước khối u.

- Bóc tách phẫu tích lấy toàn bộ khối u.

- Khâu vết phẫu thuật: lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu.

- Băng ép.

- Cắt chỉ da mi sau 7 ngày.

c. Kỹ thuật cắt ung thư mi

- Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ kết mạc.

- Dùng dao điện cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3 - 5mm.

- Cầm máu tại chỗ bằng dao điện.

- Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.

- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức ung thư được cắt bỏ.

- Phục hồi vết thương mi, tạo hình mi có thể làm 1 thì hoặc 2 thì.

- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

6. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

7.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:

+ Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.

+ Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.

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

19. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình mi mắt là kỹ thuật nhằm phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt sau khi cắt bỏ các khối u mi, khuyết mi bẩm sinh hoặc sau chấn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết mi mắt (một phần hay toàn bộ mi, khuyết một mi trên hay một mi dưới, khuyết cả hai mi mắt).
- Biến dạng mi (lật mi, quặm mi...).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi có tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Khi chưa loại trừ hết tổn thương ác tính ở mi mắt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Dao điện.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình.
- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân (nhất là vùng dự định lây dan, niêm mạc).
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật (nếu có thể).

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. Kỹ thuật

a. Phẫu thuật ghép

➢ Ghép da

- Vùng lấy da: có 4 vị trí có thể lấy da.

+ Lấy da ngay tại vùng mặt (thường đặt đường rạch tại các vị trí có thể giấu sẹo như chân tóc, sát bờ lông mày).

+ Vùng sau tai.

+ Vùng thượng đòn.

+ Vùng mặt trong cánh tay.

- Kỹ thuật lấy da:

+ Lấy da toàn bộ bề dày (dùng dao phẫu thuật hay kéo).

+ Lấy da có độ dày trung bình hay ghép thượng bì (phải sử dụng dao lấy da Wescott để có thể điều chỉnh được độ hở của lưỡi dao).

- Cách thức ghép da:

+ Xác định kích thước vùng da cần lấy (kích thước thường lớn hơn vùng mất chất ít nhất 3mm), đánh dấu vùng lấy da ghép bằng xanh methylen.

+ Gây tê dưới da bằng thuốc tê có adrenalin.

+ Căng da.

+ Lấy da bằng dao phẫu thuật hay bằng dao lấy da Wescott tùy theo mục đích làm ghép (một phần hay cả bề dày).

+ Vùng lấy da để hở (ghép thượng bì) hoặc phải khâu kín (ghép cả bề dày).

+ Đặt mảnh da ghép và cố định.

+ Rạch thủng mảnh ghép (nếu mảnh ghép lớn) để chất dịch thoát ra.

+ Băng ép (sau khi đã đặt gạc chèn).

➢ Ghép sụn, niêm mạc

- Vùng lấy mảnh ghép: mi lành (ghép sụn niêm mạc), sụn vách mũi, sụn vành tai, niêm mạc môi, má.

- Cách thức ghép sụn niêm mạc:

+ Bộc lộ và căng vùng lấy mảnh ghép bằng kẹp Desmarre.

+ Lấy mảnh ghép bằng dao phẫu thuật và kéo.

+ Khâu lại vùng lấy mảnh ghép.

+ Đặt mảnh ghép lên vùng mi mắt bị thiếu tổ chức và khâu cố định sao cho mảnh ghép áp chặt vào nền ghép.

+ Băng ép sau khi đã đặt gạc chèn.

b. Phẫu thuật tạo vạt

➢ Tạo vạt da

- Vùng tạo vạt: phụ thuộc vào vị trí khuyết mi mắt mà chọn lựa (vùng thái dương, vùng trán, từ mi trên, mi dưới, rãnh mũi má .v.v...).

- Kỹ thuật tạo vạt da: tùy thuộc loại tổn thương ở mi mắt mà có thể chọn lựa vạt trượt, vạt xoay, vạt chuyển, có hay không có tam giác bù trừ... theo nguyên tắc không được tạo nếp gấp ở cuống của vạt, không gây căng hay xoắn vặn vạt da.

- Cách thức thực hiện: giống ghép da.

➢ Tạo vạt sụn kết mạc

- Vị trí: mi trên hay mi dưới cùng bên.

- Kỹ thuật: tùy thuộc theo phương pháp định thực hiện.

+ Phương pháp Mustardé: vạt được tạo từ mi dưới, được xoay phủ vùng khuyết ở mi trên.

+ Phương pháp Cuttler-Beard: vạt da sụn -kết mạc được tạo ở mi dưới luồn qua cầu bờ mi.

+ Phương pháp Hughes (cho khuyết mi dưới): chỉ sử dụng vạt sụn -kết mạc ở mi lành cùng bên phối hợp vạt da hay ghép da.

- Cách thức tạo vạt sụn (cho cả 3 phương pháp):

+ Lật mi bằng kẹp Desmarre.

+ Gây tê tại chỗ.

+ Dùng dao phẫu thuật tạo vạt sụn kết mạc theo kích thước cần.

+ Kéo vạt phủ vùng bị khuyết mi mất tổ chức ở mi dưới và khâu cố định vạt.

+ Ghép da rời.

+ Băng ép.

+ Giải phóng khe mi sau 4 đến 6 tuần.

6. THEO DÕI

6.1. Trong phẫu thuật

Chảy máu vết phẫu thuật (cần cầm máu cẩn thận)

6.2. Sau phẫu thuật

Chảy máu vết phẫu thuật, tụ máu dưới mảnh ghép, tuột chỉ khâu mảnh ghép và hoại tử mảnh ghép.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong phẫu thuật

Cầm máu bằng kẹp hoặc dao điện.

7.2. Sau phẫu thuật

- Cần băng ép trong 7 ngày.

- Mảnh ghép tuột chỉ, hoại tử cần được dùng kháng sinh tại chỗ, toàn thân và khâu lại.

20. PHẪU THUẬT QUẶM MI TUỔI GIÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Quặm mi do tuổi già.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật quặm.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.4. Kỹ thuật mổ quặm mi dưới do tuổi già

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

- Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi.

- Khâu da mi.

6. THEO DÕI

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

- Cắt chỉ sau 1 tuần.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong phẫu thuật

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

7.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; Chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.

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

21. PHẪU THUẬT TẠO NẾP GẤP MI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Mắt không có nếp mí mi trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

5.3.2. Thực hiện phẫu thuật

- Đánh dấu vị trí nếp mí cần tạo, chú ý cân đối hai bên.
- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da.
- Rạch da mi trên theo đường đánh dấu.
- Bộc lộ cân cơ nâng mi ở sát bờ trên sụn mi.

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

6. THEO DÕI

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

- Cắt chỉ sau 1 tuần.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu mi sau phẫu thuật: chườm lạnh.

- Nếp mi hai mắt không cân xứng: phẫu thuật lại.

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

22. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BỌNG MỠ MI)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Tránh tiếp xúc với ánh nắng trong 1 tuần trước phẫu thuật và 2-3 tháng sau phẫu thuật.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

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

- Đánh giá lượng da mi thừa bằng cách dùng kẹp phẫu tích kẹp và quan sát bờ mi hay lông mày có bị biến đổi hay không?
- Vẽ đánh dấu lượng da mi thừa cần cắt.
- Gây tê: tại chỗ bằng tiêm dưới da mi lidocain 2%.
- Rạch da ngay dưới lông mi và dọc theo chiều dài mi mắt.
- Cắt da mi thừa.

- Tách qua các lớp giải phẫu để bộc lộ cân vách hốc mắt.

- Cắt qua cân vách hốc mắt bộc lộ bao mỡ.

- Cắt qua bao mỡ, ấn nhẹ lên nhãn cầu và cắt bỏ phần mỡ phòi ra. Chú ý chỉ cắt phần mỡ thừa trào qua vết mổ, không lôi kéo và cắt mỡ trong hốc mắt để phòng lõm mắt sau mổ.

- Đốt cầm máu.

- Đóng lại vết mổ theo các bình diện giải phẫu.

- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0.

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

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

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

- Cắt kết mạc cùng đồ.

- Phẫu tích bộc lộ cân vách hốc mắt, cắt cân vách hốc mắt bộc lộ túi mỡ thoát vị. Nếu mỡ trào qua vết mổ không nhiều mới áp dụng phương pháp này.

- Bộc lộ màng xương hốc mắt.

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

- Đặt lại mép kết mạc, không cần khâu.

5.3.3. Phẫu thuật qua đường kết mạc có cắt bỏ mỡ thoát vị

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

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

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

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

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

- Đặt lại kết mạc, không cần khâu.

6. THEO DÕI

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

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

- Cắt chỉ sau 1 tuần.

- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

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

- Nhiễm trùng: vô khuẩn tốt, kháng sinh.

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

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

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

23. PHẪU THUẬT MÚC NỘI NHÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ múc nội nhãn.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. Kỹ thuật

- Bóc tách kết mạc quanh rìa ra sau.
- Dùng dao và kéo cắt củng mạc phía sau rìa 3mm.
- Cặp cố định mép củng mạc.
- Dùng thìa múc tổ chức nội nhãn, nạo sạch hắc mạc khỏi củng mạc.
- Đốt cầm máu củng mạc và đầu thị thần kinh.
- Khâu củng mạc.
- Khâu kết mạc.

- Tra thuốc sát trùng và thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng ép.
- Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

6. THEO DÕI

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Trong phẫu thuật

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

7.2. Sau phẫu thuật

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

24. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NHÃN CẦU

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.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt bỏ nhãn cầu.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

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

5.3.2. 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.

6. THEO DÕI

Sau phẫu thuật:

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Trong phẫu thuật

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

7.2. Sau phẫu thuật

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

25. PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục và lệnh thể thủy tinh nhiều $>180^0$.
- Đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.

- Người lớn: tiêm tê cạnh nhãn cầu.

5.3.2. Kỹ thuật

- Cố định mi và cơ trực trên.

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

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

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.

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

- Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 140^0.

- 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.

6. THEO DÕI

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng.

- Vỡ bao sau thể thủy tinh, phòi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính.

- Xuất huyết tống khứ hoặc dọa xuất huyết tống khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

7.2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu.

- Phù nề giác mạc: điều trị giảm phù nề.

- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dãn đồng tử.

- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.

- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân:

  + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.

  + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.

- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, điều trị chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.

- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

26. PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH TRONG BAO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao là phương pháp lấy toàn bộ thể thủy tinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lệch thể thủy tinh quá nhiều (> 180^0).
- Thể thủy tinh sa vào tiền phòng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục thể thủy tinh bẩm sinh ở trẻ em.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Máy hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu, kim chỉ không tiêu 10-0.
- Thuốc tê, thuốc kháng sinh và corticosteroid.

4.3. Người bệnh

- Khám mắt: kiểm tra thị lực, thử kính, đo nhãn áp, đánh giá tình trạng giác mạc, đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc.
- Khám toàn thân và các xét nghiệm theo quy định theo quy định.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.
- Uống thuốc hạ nhãn áp trước phẫu thuật.
- Tra dãn đồng tử trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

5.3.2. Kỹ thuật

- Cố định mi, đặt chỉ cơ trực trên.

- Phẫu tích kết mạc phía trên sát rìa. Cầm máu củng mạc.

- Rạch giác củng mạc vùng rìa, mở vào tiền phòng 120 140^0.

- Đặt chỉ an toàn củng giác mạc.

- Lấy thể thủy tinh trong bao: người phụ nâng mép giác mạc lên. Một tay phẫu thuật viên dùng vòng Snellen đỡ nhẹ phía dưới của thể thủy tinh, tay kia dùng spatun ấn nhẹ phía ngoài nhãn cầu vùng rìa vị trí 6 giờ đẩy thể thủy tinh ra khỏi vết mổ.

- Cắt dịch kính tại mép phẫu thuật và trong tiền phòng (nếu có).

- Cắt mống mắt chu biên đề phòng biến chứng kẹt mống mắt hay tăng nhãn áp thứ phát.

- Khâu phục hồi mép mổ.

- Bơm tái tạo tiền phòng.

- Tiêm kháng sinh và cortisol cạnh nhãn cầu, tra mỡ kháng sinh, băng kín mắt phẫu thuật.

6. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng.

- Vỡ bao thể thủy tinh: rửa tiền phòng, lấy chất nhân ra.

- Phòi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính.

- Xuất huyết tống khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

7.2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu.

- Phù nề giác mạc: giảm phù nề.

- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dãn đồng tử.

- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.

- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân.

  + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.

  + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.

- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.

- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

- Phù hoàng điểm dạng nang: corticosteroid tại chỗ và toàn thân.

- Bong võng mạc: phẫu thuật bong võng mạc.

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

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp đục thể thủy tinh.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

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

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Gây tê

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

5.3.2. 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.

6. THEO DÕI

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

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

7.1. 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.

7.2. 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.

28. THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

- Các trường hợp lão thị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.

- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp để thử kính chính xác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thử kính cầu

1. Lựa chọn bảng thị lực thích hợp: người lớn hoặc trẻ em đã đi học: dùng bảng chữ cái. Trẻ nhỏ hoặc người không biết chữ dùng bảng hình vẽ hoặc chữ E hoặc vòng hở (Landolt).

2. Đặt khoảng cách thử thích hợp tùy theo bảng thị lực.

3. Giải thích cho người bệnh trước khi đo (về bảng thị lực và cách trả lời).

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

5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theo khoảng cách đồng tử đó.

6. Lựa chọn số kính khởi đầu tùy theo thị lực không kính. Bao giờ cũng dùng kính cộng trước, nếu người bệnh thấy mờ hơn thì thay bằng kính trừ cùng số đó.

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

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

5.2. Thử kính trụ

1. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thể được (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tối đa và kết quả soi bóng đồng tử cho thấy có loạn thị thì phải thử kính trụ.

2. Kính cầu tối ưu vẫn đặt ở trước mắt đang thử.

3. Thêm một kính trụ -0,50 D vào gọng thử, đặt theo trục đã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kính trụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyển thành dạng trụ trừ trước khi thử kính.

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

5. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trục và công suất kính cầu trong quá trình thử.

5.3. Cân bằng hai mắt

1. Kính cầu (hoặc cầu - trụ) vừa thử vẫn đặt ở gọng thử. Thêm kính cầu +1,00 D cho cả hai mắt. Đo thị lực cả hai mắt mở. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải tăng số kính cầu mỗi lần +0,25 D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.

2. Che mắt trái, thử mắt phải với kính cầu +1,00 D. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải thêm vào số kính cầu mỗi lần +0,25 D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.

3. Che mắt phải và làm lại bước 2 cho mắt trái.

4. So sánh hai mắt bằng cách che mắt luân phiên.

5. Ghi lại kết quả cuối cùng sau khi đã kiểm tra cân bằng hai mắt.

5.4. Thử kính đọc sách

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

29. ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

4.2. Phương tiện

Khúc xạ kế tự động.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

30. SOI BÓNG ĐỒNG TỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra người bệnh

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

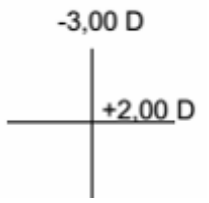
5.2. Thực hiện kỹ thuật

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

+ Nếu bóng cùng chiều thì cần dùng kính cộng để trung hòa bóng đồng tử. Nếu bóng ngược chiều dùng kính trừ để trung hòa bóng đồng tử. Dùng thanh thước soi bóng đồng tử hoặc các mắt kính rời (đặt vào gọng kính thử). Thay đổi công suất kính đến khi thấy bóng tỏa lan.

+ Lấy số điốp của mắt kính cho bóng tỏa lan trừ đi 2 D (công suất kính cho khoảng cách đo 50cm) sẽ được công suất khúc xạ của trục tương ứng. Nếu 2 trục chính (vuông góc) có công suất bằng nhau thì mắt không có loạn thị.

➢ Thí dụ: quét khe sáng theo hướng ngang, công suất kính cho bóng tỏa lan là +4,00 D thì công suất của trục ngang là +2,00 D. Quét khe sáng theo hướng dọc, công suất kính cho bóng tỏa lan là -1,00 D thì công suất trục dọc là -3,00 D. Khúc xạ của mắt được ghi bằng chữ thập quang học như sau:



Công suất của mắt này cần kính điều chỉnh là:

+2,00- 5,00 x 180

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

- Đầu tiên trung hòa một trục bằng một kính cầu.

  + Nếu cả 2 trục cùng chiều thì trung hòa trục có bóng chậm hơn, tối hơn, và mảnh hơn.

  + Nếu cả 2 trục ngược chiều thì trung hòa trục có bóng nhanh hơn, sáng hơn, và dày hơn.

  + Nếu một trục cùng chiều và một trục ngược chiều thì trung hòa trục cùng chiều trước.

- Sau đó trung hòa trục còn lại bằng một kính trụ trừ.

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

31. KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LẸO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. 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.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chắp, lẹo đang sưng tấy.
- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

5.3.2. 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.

6. 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.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

32. NẶN TUYẾN BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

- Thuốc:
  + Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain1%.
  + Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.
- Dụng cụ:
  + Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.
  + Thanh đè.
  + Tăm bông nhỏ.

4.3. Người bệnh

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

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.
- Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:
  + Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.
  + Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 - 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cành của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi. Tiến hành chà bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn

cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có tẩm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm như vậy từ 2 - 3 lần.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

33. BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Bơm rửa lệ đạo

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

2.2. Thông lệ đạo

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe túi lệ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. 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.

4.3. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

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

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

5.3.1. Bơm lệ đạo

Cách làm: thường bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài để cố định mi và điểm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, đưa kim thẳng góc từ trên xuống vào qua điểm lệ 1mm. Quay bơm tiêm 90^0 vào lệ 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.

5.3.2. Thông lệ đạo

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

- Thông lệ 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 90^0 cho đến khi đầu que thông chạm vào túi lệ và thành xương. Khi que thông đi qua chỗ chít hẹp thì xoay tròn que thông và đẩy từ từ vào trong.

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

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. 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.

6.2. 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.

34. LẤY BỆNH PHẨM KẾT MẠC

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

- Đèn cồn, cồn 90^0, cồn methanol, bông hấp tiệt trùng.
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, thuốc gây tê bề mặt.
- Curette, Kimura's spatula đã hấp tiệt trùng, tăm bông vô trùng.
- Bộ thuốc nhuộm Gram, bộ thuốc nhuộm Giemsa, thuốc nhuộm methylen blue.
- Lam kính, lá kính sạch, bút viết kính, giá cắm lam, que cấy.
- Kính hiển vi, tủ lạnh để sinh phẩm hóa chất, tủ ấm thường, tủ ấm CO_2.
- Buồng an toàn sinh học.
- Gường hoặc ghế lấy bệnh phẩm, đèn soi.
- Các môi trường nuôi cấy: thạch máu, thạch chocolate.

4.3. Người bệnh

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

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Tra 1-2 giọt dicain 1% vào kết mạc cùng đồ dưới mắt cần lấy bệnh phẩm:

- Nhuộm soi tìm vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng: dùng curette hoặc Kimura's spatula lấy tiết tố kết mạc phết lên 1-2 lam kính sạch. Dàn bệnh phẩm theo đường xoắn ốc từ trong ra ngoài, cố định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Gram, methylen blue....

- Xét nghiệm tế bào học: lộn mi trên, dùng curette hoặc Kimura's spatula vô trùng nạo nhẹ kết mạc. Khi nạo để lấy được tế bào biểu mô, kết mạc phải hơi trắng, tránh để chảy máu. Dàn bệnh phẩm theo đường xoắn ốc từ trong ra ngoài, cố định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Giemsa...

- Nuôi cấy: dùng tăm bông vô trùng làm ẩm bằng nước muối sinh lý 0,9% quệt vào cùng đồ mắt bị viêm, cấy theo hình Zic-Zac vào môi trường nuôi cấy. Mỗi người bệnh cấy một đĩa môi trường riêng biệt (Chú ý lấy bệnh phẩm nuôi cấy trước khi tra thuốc gây tê).

6. THEO DÕI

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

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

Không có.

35. THAY BĂNG MẮT VÔ KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định thay băng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

4.2. Phương tiện

Dụng cụ:

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

4.3. Người bệnh

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

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

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

36. NHỎ THUỐC VÀO MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

3.2. Phương tiện

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

3.3. Người bệnh

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

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra phiếu tra thuốc so với bệnh án.

4.2. Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kiểm tra 5 đúng.

4.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện quy trình vô khuẩn.
- Lau rửa mắt: dùng bông ướt hay tăm bông lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt.
- Nhỏ mắt:
  + Thuốc nước:

- Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên và ra ngoài. Một ngón tay kéo mi dưới xuống, bông đặt ở mi dưới để thấm nước mắt sau khi tra.
- Cầm lọ thuốc cách mắt khoảng 1,5 - 2cm. Nhỏ thuốc vào góc trong mắt, cùng đồ dưới, tránh chạm đầu ống thuốc vào mắt.
- Nếu tra nhiều loại thuốc mỗi loại cách nhau 5 phút
- Tra thuốc tê tại chỗ: giọt đầu tiên tra phía cùng đồ dưới, lần tiếp theo nên tra trực tiếp lên nhãn cầu.
- Trong trường hợp trẻ nhỏ hoặc người bệnh bị đau hay chảy nước mắt không thể nhìn lên trên được, điều dưỡng dùng 2 ngón tay để giữ mi trên và mi dưới rồi tra thuốc lên mắt.

+ Thuốc mỡ:

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

➢ Lưu ý:

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

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

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

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

5. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng mắt: mi mắt, dịch xuất tiết, kết mạc, giác mạc, màu sắc da xung quanh mắt, đau nhức, đau nhức nhiều có kèm nôn.

- Nếu có dấu hiệu bất thường ghi phiếu chăm sóc, báo cho bác sĩ.

6. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chạm vào giác mạc gây xước giác mạc: tra thuốc kháng sinh phòng chống bội nhiễm, tăng cường dinh dưỡng mắt.

- Các biến chứng về toàn thân liên quan đến dược động học của thuốc: báo cho bác sĩ.

- Xử trí theo hướng toàn thân.

37. ĐO NHÃN ÁP KẾ MACLAKOP

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

4.2. Phương tiện

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

4.3. Người bệnh

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra y lệnh.

5.2. Kiểm tra người bệnh

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

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bật đèn cồn.
- Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.

- Mắc quả cân vào tay cầm, lau sạch quả cân bằng dung dịch cồn sát trùng. Hơ quả cân trên ngọn lửa đèn cồn.

- Tẩm mực in vào 2 đầu quả cân cho thật đều, hơ lại quả cân lên ngọn lửa đèn cồn.

- Hướng dẫn người bệnh đưa tay ra trước mắt, mắt nhìn thẳng vào ngón tay trỏ (Nếu đo mắt phải, người bệnh đưa tay trái ra hoặc ngược lại). Điều chỉnh ngón tay của người bệnh sao cho giác mạc nằm ngang và chính giữa khe mi.

- Tay phải cầm tay cầm quả cân tay, trái vành hai mi chú ý không được đè tay vào nhãn cầu. Đặt quả cân thẳng góc chính giữa giác mạc, từ từ đặt quả cân đè lên giác mạc. Đưa nhẹ tay cầm xuống dưới, khi tay cầm đưa xuống quá nửa chiều cao quả cân nhấc nhanh quả cân ra khỏi mắt.

- Lấy bông tẩm cồn 90^0 bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy.

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

- Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinh vào mắt vừa đo.

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

38. TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THẾ BẰNG SIÊU ÂM AB

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ được đào tạo kỹ thuật siêu âm.
- Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh (có thể là điều dưỡng đã được huấn luyện) theo Quyết định 7328/QĐ-BYT ngày 10 tháng 12 năm 2018, "Quyết định ban hành hướng dẫn chuẩn chất lượng về chẩn đoán và điều trị đục thể thủy tinh"

4.2. Phương tiện

Máy siêu âm, máy đo khúc xạ giác mạc.

4.3. Người bệnh

Hướng dẫn, giải thích người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu yêu cầu của bác sĩ chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Đo khúc xạ giác mạc:
  + Hướng dẫn người bệnh nhìn thẳng mở mắt, áp sát trán vào máy.
  + Bật máy rồi đo khúc xạ giác mạc từng mắt cho người bệnh.
- Đo trục nhãn cầu và tính công suất IOL:
  + Cho người bệnh làm siêu âm A-B lấy số đo trục nhãn cầu.
  + Mở cửa sổ trên máy vào chương trình đo IOL.

+ Nạp thông số khúc xạ giác mạc (K1-K2) và số đo trục nhãn cầu (AXIAL-LENGTH) vào chương trình.
+ Chọn Aconts (hằng số) và ghi chỉ số IOL thích hợp.
+ In kết quả.
+ Ghi kết quả vào phiếu siêu âm.
+ Trả kết quả cho người bệnh.

6. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỨ TRÍ

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