

Số: /QĐ-TTYT

Hoài Nhơn, ngày tháng 12 năm 2023

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn một số Quy trình kỹ thuật chuyên khoa Mắt”

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ HOÀI NHƠN

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Quyết định số 2528/QĐ-UBND ngày 11/8/2022 của Ủy ban nhân dân tỉnh Bình Định quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế thị xã Hoài Nhơn;

Căn cứ kết quả cuộc họp Hội đồng Khoa học kỹ thuật Trung tâm Y tế ngày 28/9/2023;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn một số Quy trình kỹ thuật chuyên khoa Mắt”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn một số Quy trình kỹ thuật chuyên khoa Mắt” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại Trung tâm Y tế thị xã Hoài Nhơn và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc.

Điều 3. Giao Phòng Kế hoạch nghiệp vụ làm đầu mối hướng dẫn, theo dõi các khoa, phòng, trạm y tế triển khai tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn một số Quy trình kỹ thuật khám bệnh”.

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 5. Các ông, bà: Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Trưởng các khoa, phòng, trạm y tế và các bộ phận liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như điều 5;
- Ban giám đốc;
- Lưu: KHN, HĐKHKT. /.

GIÁM ĐỐC

Trần Hữu Vinh

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
TTYT TX HOÀI NHƠN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

HƯỚNG DẪN MỘT SỐ QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN KHOA MẮT
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-TTYT ngày tháng 12 năm 2023)

Hoài Nhơn, tháng 12/2023

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN
“HƯỚNG DẪN MỘT SỐ QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN KHOA MẮT”

Chỉ đạo biên soạn

BSCCKII Lưu Kim Hoàng Phó Giám đốc Trung tâm Y tế

Tham gia biên soạn

BSCCKI Nguyễn Thanh Đình Trưởng khoa Khám bệnh

Thư ký tổng hợp

BSCCKI Nguyễn Hoàng Trưởng Phòng KHN

MỤC LỤC

STT	Nội dung	Trang
1	Bóc giả mạc	1
2	Cấp cứu bóng mắt ban đầu	2
3	Lấy dị vật trong cùng mạc	3
4	Cắt chỉ khâu kết mạc	5
5	Cắt chỉ khâu da mi đơn giản	6
6	Lấy calci kết mạc	7
7	Khâu da mi đơn giản	9
8	Tiêm hậu nhãn cầu	11
9	Cắt bỏ nhãn cầu có hoặc không cắt thị thần kinh dài	12
10	Cắt u kết mạc có hoặc không u giác mạc không ghép	14
11	Cắt u mi cả bề dày không ghép	15
12	Chụp khu trú dị vật nội nhãn	17
13	Đo sắc giác	18
14	Đo thị trường chu biên	19
15	Đốt lông xiêu, nhổ lông siêu	20
16	Khâu cò mi, tháo cò	22
17	Thăm dò, khâu vết thương cùng mạc	24
18	Khâu kết mạc	27
19	Khâu phục hồi bờ mi	28
20	Lấy calci đông dưới kết mạc	30
21	Lấy dị vật giác mạc sâu	31
22	Lấy dị vật kết mạc	33
23	Phẫu thuật hẹp khe mi	34
24	Phẫu thuật mộng có ghép (kết mạc rời tự thân, màng ối...) có hoặc không áp thuốc chống chuyển hoá	36
25	Phẫu thuật mộng đơn thuần	38
26	Phẫu thuật quặm	40
27	Phẫu thuật quặm tái phát [Mỏ quặm 1 mi - gây mê]	42
28	Rửa cùng đồ	45
29	Rửa tiền phòng (máu, xuất tiết, mù, hóa chất...)	46
30	Siêu âm mắt (siêu âm thường qui)	49
31	Soi đáy mắt bằng kính 3 mặt gương	50
32	Soi đáy mắt trực tiếp	51
33	Soi góc tiền phòng	52

34	Tiêm cạnh nhãn cầu	54
35	Tiêm dưới kết mạc	55
36	Khám mắt	56
37	Khâu giác mạc	58
38	Khâu củng mạc	60
39	Lấy dị vật hốc mắt	63
40	Chích dẫn lưu túi lệ	65
41	Bóc sợi giác mạc (Viêm giác mạc sợi)	66
42	Bơm thông lệ đạo	68
43	Cắt chỉ khâu giác mạc	70
44	Cắt bỏ chấp có bọc	71
45	Rạch áp xe mi	72
46	Xử lý vết thương phần mềm, tổn thương nông vùng mắt	74
47	Cắt u da mi không ghép	76
48	Tập nhược thị	77
49	Theo dõi nhãn áp 3 ngày [Nghiệm pháp phát hiện Glôcôm]	79
50	Cắt chỉ sau phẫu thuật lác, sụp mi	80
51	Khâu lại mép mỡ giác mạc, củng mạc	81
52	Bơm hơi tiền phòng	84

BÓC GIẢ MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. **CHỈ ĐỊNH:** Bệnh viêm kết mạc có giả mạc

3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 **Vật tư:** Băng, tấm bông.

5.4 **Trang thiết bị:** có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, panh, ...

5.5 Người bệnh:

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 **Địa điểm thực hiện:** Phòng tiểu phẫu, Phòng khám bệnh

5.9 **Kiểm tra hồ sơ:** Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Đặt vành mi hoặc vành mi

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

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẤP CỨU BÔNG MẮT BAN ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. **CHỈ ĐỊNH:** Các loại bông mọi mức độ

3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (tương đối): Những bệnh toàn thân nặng chưa cho phép.

4. **THẬN TRỌNG**

5. **CHUẨN BỊ:**

5.1 **Người thực hiện:**

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 **Thuốc:**

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn; Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 **Vật tư:** Bông, tấm bông, bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đồ

5.4 **Trang thiết bị:** có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, panh, ...

5.5 **Người bệnh:**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu cần.

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

5.7 **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 05 phút đến 30 phút.

5.8 **Địa điểm thực hiện:** Phòng tiểu phẫu, Phòng khám bệnh

5.9 **Kiểm tra hồ sơ:** Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)*

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm

6. **TIẾN HÀNH QTKT**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng
- Loại trừ chất gây bông.
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Lật mi trên, kéo mi dưới, lấy các dị vật nếu có
- Bơm nước muối sinh lý rửa cùng đồ
- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ (nếu điều trị ngoại trú); Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ, bàn giao bệnh nhân cho bộ phận tiếp theo (nếu điều trị nội trú)

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
 - Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
 - Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.
 - Mức độ thiếu máu kết mạc
 - Tình trạng hờ mi
 - Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.
 - Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:
 - + Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.
 - + Tăng nhãn áp do tổn thương góc.
 - + Đục thể thủy tinh thứ phát với nghiền đồng tử.
- Điều trị biến chứng: điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY DỊ VẬT TRONG CÙNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy dị vật trong cùng mạc là phẫu thuật để loại bỏ dị vật ra khỏi cùng mạc.

2. CHỈ ĐỊNH: Dị vật cùng mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

- Người bệnh được giải thích kỹ về các biến chứng phẫu thuật.
- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn; Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, chỉ khâu

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 20 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Sát trùng mắt
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc để bộc lộ toàn bộ dị vật và tổn thương cùng mạc
- Lấy dị vật cùng mạc, nếu có thoát định kính thì cần cố định kính tại vết rách cùng mạc

- Khâu vết rách cùng mạc

- Khâu phục hồi kết mạc.

- Tra kháng sinh, băng mắt

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Kháng sinh mạnh và chống viêm tại chỗ và toàn thân.
- Khám mắt người bệnh hằng ngày để phát hiện sớm và xử trí các biến chứng: xuất huyết, nhiễm trùng, viêm màng bồ đào...
- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 2 - 3 ngày.
- Tăng sinh dịch kính võng mạc: Chống viêm nội nhãn, cắt dịch kính
- Viêm nội nhãn: tiêm kháng sinh nội nhãn, cắt dịch kính, kháng sinh toàn thân
- Xuất huyết dịch kính: kháng viêm, tiêu máu, cắt dịch kính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BHYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CÁT CHỈ KHÂU KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Vết khâu kết mạc đã liền tốt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, dao mổ, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ cắt chỉ kết mạc

5.5 Người bệnh:

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

- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

- Nhỏ thuốc tê bề mặt

- Đặt vành mi
- Sử dụng dao nhọn, kim bơm tiêm cắt đứt chỉ
- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Rửa kết mạc cùng đồ
- **Băng mắt, che mắt**
- **Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật**

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Vết khâu da mi đã liền tốt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, phanh, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)*

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch sát khuẩn
- Dùng phanh kẹp chi, kéo cắt đứt chi khâu
- Dùng phanh kẹp và rút sợi chi ra
- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY CALCI KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Calci kết mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

4. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, bơm tiêm 5ml

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, ...

5.5 Người bệnh:

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

- Chi định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 20 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiêu phẫu, Phòng khám

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Nhỏ tê bề mặt

- Lật mi bộ lộ vị trí lắng đọng calci

- Sử dụng kim bơm tiêm, phan vi phẫu để lấy calci

- Rửa kết mạc cùng đồ bằng nước muối sinh lý.

- Có thể tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN

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 nguy cơ gây biến dạng mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có kèm da chân 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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; thuốc gây tê tại chỗ, Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm. các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu ...

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, panh, bộ dụng cụ vi phẫu, trung phẫu.

5.5 Người bệnh:

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước phẫu thuật.
- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

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

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

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

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

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời:

- 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.
- Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bản, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

- 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).

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc

Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

TIÊM HẬU NHÃN CẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật nội nhãn, tiêm tê nhãn cầu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt, BS, KTV gây mê

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: Thuốc tiêm hậu nhãn cầu, Dung dịch sát khuẩn

5.3 Vật tư: Bông, gạc vô trùng, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: Bộ dụng cụ tiêm hậu nhãn cầu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 15 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch sát khuẩn

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT BỎ NHÃN CẦU

CÓ HOẶC KHÔNG CÓ CẮT THỊ THẦN KINH DÀI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH:

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê hoặc và gây mê. Dung dịch sát khuẩn; Nước muối sinh lý 0,9%

- Trẻ em: gây mê.

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

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc

cầu.
5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ cắt bỏ nhãn

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng phù hợp nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 30 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật*

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Cắt kết mạc quanh rìa.
- Dùng móc lác lần lượt lấy và cắt buồng cơ trực trên, dưới, trong sát chỗ bám vào cùng 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 (nếu cần)
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau phẫu thuật:

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

*** Trong phẫu thuật**

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

*** Sau phẫu thuật**

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhân khoa giảng yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BHYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

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

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 (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê; Dung dịch sát khuẩn; Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ phẫu thuật mộng

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 40 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

* **Kỹ thuật**

- Rạch 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

- Phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

- Khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc

- Rửa kết mạc củng đồ

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

* **Trong phẫu thuật**

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

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

* **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.

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của **Bệnh** viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG GHÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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 (trương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

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

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê; Dung dịch sát khuẩn; Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút

thuốc

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ phẫu thuật

5.5 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).

- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* *Vô cảm:* Gây tê hoặc gây mê

* *Kỹ thuật (cắt u mi cả bề dày có/hoặc không ghép)*

- Đặt thanh dè vào cùng đồ kết mạc.

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

- Cầm máu tại chỗ.

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

- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức u được cắt bỏ, gửi giải phẫu bệnh (nếu cần)

- Phục hồi mi: Lốp trong khâu chỉ tiêu, lốp ngoài khâu chỉ không tiêu

- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

*** Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

*** 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CHỤP KHU TRÚ DỊ VẬT NỘI NHÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Chụp khu trú Baltin nhằm xác định vị trí của dị vật nội nhãn và hốc mắt trong các trường hợp chấn thương có nghi ngờ dị vật nội nhãn hoặc hốc mắt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Theo dõi dị vật nội nhãn, hốc mắt
- Xác định vị trí dị vật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

Chống chỉ định tương đối: vết thương xuyên nhãn cầu, viêm kết giác mạc

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên X quang

5.2 Thuốc:

5.3 Vật tư:

5.4 Trang thiết bị:

- Máy Xquang thường quy
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ
- Khung Komberg – Baltin

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình

- Tháo bỏ các vật dụng kim loại trên người bệnh nhân

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng Xquang

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật* (nếu có)

c) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Nằm hoặc ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

- Khởi động máy chụp.

- Nhỏ thuốc tê tại chỗ, đặt khung Komberg – Baltin vào cùng đồ kết mạc bệnh nhân mắt cần chụp.

- Hướng dẫn người bệnh ở tư thế đứng hoặc ngồi, lưng thẳng mặt đối xứng qua mặt phẳng dọc giữa với tư thế thẳng, mặt vuông góc với mặt phẳng dọc giữa trong tư thế nghiêng.

- Yêu cầu người bệnh nhìn thẳng, mắt mờ.

- Kỹ thuật viên vào buồng điều khiển, ấn và giữ nút phát tia để tiến hành chụp

- Hướng dẫn người bệnh rời khỏi vị trí chụp, tháo cát-xét và rửa phim.

- Xác định vị trí của dị vật cách trục nhãn cầu, vị trí cung giờ và cách rìa giác mạc

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

- Trợt biểu mô giác mạc: kháng sinh tra tại chỗ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

ĐO SẮC GIÁC

1. ĐẠI CƯƠNG

Đo sắc giác là kỹ thuật khám giúp đánh giá tình trạng cảm nhận màu sắc của mắt.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Các bệnh lý về mắt có rối loạn sắc giác
- Khám kiểm tra mắt về sắc giác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được hướng dẫn, đào tạo.

5.2 Thuốc: không

5.3 Vật tư: không

5.4 Trang thiết bị: Bảng đo sắc giác Ishihara

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi đo sắc giác

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng, nơi làm việc có đủ ánh sáng bình thường

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người cần đo.

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách kiểm tra sắc giác
- Cho bệnh nhân kiểm tra từng bảng từ 1 đến 32
- Ghi kết quả kiểm tra

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

ĐO THỊ TRƯỜNG CHU BIÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Đo thị trường là kỹ thuật giúp đánh giá tình trạng chức năng của võng mạc và thị thần kinh

2. CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý về võng mạc và thị thần kinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng, BS, KTV được đào tạo.

5.2 Thuốc:

5.3 Vật tư:

5.4 Trang thiết bị: Máy đo thị trường Golmann

5.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng đo thị trường

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) *Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) *Đặt tư thế bệnh nhân:* Ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Khởi động máy đo thị trường

- Hướng dẫn bệnh nhân cách nhìn và bấm nút đúng

- Để cảm bệnh nhân vào giá đỡ, chỉnh mắt về đúng vị trí

- Bắt đầu đo, kiểm tra bệnh nhân làm có đúng không, kết thúc và in kết quả đo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

ĐÓT LÔNG XIÊU, NHỎ LÔNG XIÊU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. **CHỈ ĐỊNH:** Mọi người bệnh có lông xiêu

3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 **Vật tư:** Bông, tăm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc .

5.4 **Trang thiết bị:** có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, Bộ dụng cụ đốt, nhổ lông xiêu

5.5 Người bệnh:

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

- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** khoảng 2 phút đến 30 phút.

5.8 **Địa điểm thực hiện:** Phòng tiểu phẫu

5.9 **Kiểm tra hồ sơ:** Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

* *Nhổ lông xiêu*

- Lặt bờ mi

- Sử dụng phanh nhỏ nhổ lông xiêu

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh (nếu có)

* *Đốt lông xiêu*

- Lidocain 2% tê tại chỗ

- Lặt bờ mi

- Dùng đầu đốt sâu vào nang lông xiêu

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh (nếu có)

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất

thường để xử trí kịp thời.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BHYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÂU CÒ MI, THÁO CÒ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu cò mi, tháo cò mi là phẫu thuật phục hồi cấu tạo giải phẫu mi nhằm giải quyết tình trạng hở mi.

2. CHỈ ĐỊNH: Các tình trạng hở mi gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm. chỉ các loại

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, panh, bộ dụng cụ trung phẫu, vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

*** Vô cảm:**

- **Gây tê tại chỗ.**

- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.

*** Kỹ thuật:**

+ **Khâu cò mi:**

- Cắt bỏ phần bờ mi tự do đối xứng của mi trên và mi dưới dài 4-5mm, rộng 1mm, sâu khoảng 0,5-1mm (tránh xâm phạm vào hàng chân lông mi).

- Khâu trực tiếp hai mép cắt mi trên và mi dưới xuyên qua sụn bằng chỉ

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

+ **Tháo cò mi**

- Cắt cầu nối mi trên và mi dưới tại đường xám

- Đốt cầm máu tại bờ tự do

- Kiểm tra vận động mi trên, mi dưới và độ kín lúc nhắm của mi mắt

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

THĂM DÒ, KHÂU VẾT THƯƠNG CÙNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương xuyên thấu nhãn cầu 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 cùng 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, cùng mạc hoặc giác cùng mạc, hai mép vết thương không kín.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

- 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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, chỉ các loại

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm:

- Gây tê tại chỗ.

- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.

* Kỹ thuật:

+ Nguyên tắc chung

- Làm sạch mép vết thương.

- Xử trí các tổ chức phôi kẹt.

- Đặt lại tổ chức theo đúng bình diện giải phẫu.

- Khâu kín vết thương.

+ Kỹ thuật khâu

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

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

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

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

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

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

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

+ Móng mắt

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

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

+ Thê mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thê mi hết sức tiết kiệm khi thê mi bị hoại tử, hóa mù.

+ 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 phôi kẹt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.

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

+ Khâu cùng mạc.

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

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

- Chú ý không để kẹt, dính móng mắt, chất thủy tinh thể đục võ, 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.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

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

+ Các dấu hiệu của xuất huyết nội nhãn.

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

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

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

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

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

+ Dẫn dòng từ chống dính.

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

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

* XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

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

- Không tái tạo được tiền phòng.

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

+ Do thể thủy tinh đục võ 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, phôi kẹt nhiều tổ chức nội nhãn, cơ địa người bệnh tăng nhãn áp. Nếu người bệnh được phẫu thuật gây mê, nên cố gắng hạ thấp huyết áp người bệnh đến mức tối thiểu. Khâu kín vết thương giác cùng mạc càng nhanh càng tốt (có thể không đúng bình diện hoặc có kẹt các tổ chức nội nhãn., các vấn đề này có thể

được xử trí thì sau).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÂU KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Chấn thương rách kết mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc. Các loại chỉ.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 40 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm:

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

* Kỹ thuật:

- Đặt vành mi để bộc lộ vết rách kết mạc
- Làm sạch mép vết thương, lấy hết dị vật, kiểm tra vết thương đến cùng-giác mạc không?
- Khâu mũi rời hoặc khâu vết.
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.
- Theo dõi chăm sóc, Hướng dẫn dùng thuốc theo đơn/y lệnh của bác sĩ.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Chảy máu: băng ép hoặc đốt cầm máu
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Vết thương mi gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư:

- Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc.
- Các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nylon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)
- Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

* Kỹ thuật

- Kiểm tra tổn thương, gấp hết dị vật trong vết thương, cắt lọc các tổ chức hoại tử.
- Đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.
- Khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (trùng trùng với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu.
 - Khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương.
 - Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu.
 - Khâu đóng lớp da bằng chỉ 6-0.
 - Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.
 - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

* THEO DÕI

- Tình trạng mi: mi khép, hờ hay biến dạng.

Handwritten signature and initials in blue ink.

- 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).

*** BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.
- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bản, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY CALCI ĐÔNG DƯỚI KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Calci kết mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc .

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 15 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám, phòng tiểu phẫu

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)
- c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm: Gây tê tại chỗ.**

* **Kỹ thuật:**

- Lật mi bộ lộ vị trí lắng đọng calci
- Sử dụng kim bơm tiêm 5ml, panh vi phẫu để lấy calci
- Rửa kết mạc cùng đồ
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh (nếu có)
- Băng mắt.
- Theo dõi chăm sóc, Hướng dẫn dùng thuốc theo đơn/y lệnh của bác sĩ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC SÂU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Dị vật giác mạc sâu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc .

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 40 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.

*** Kỹ thuật**

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml để lấy dị vật giác mạc
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhân khoa giảm yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BHYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Dị vật kết mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc .

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi

5.5 Người bệnh:

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm, tấm bông, panh vi phẫu để lấy đi vật kết mạc

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Băng mắt.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT HẸP KHE MI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

2. CHỈ ĐỊNH:

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc .

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)
- c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIỀN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

* **Kỹ thuật:**

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

*** Lật mi dưới do liệt nhánh dưới dây VII**

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

- + Căng dây chằng mi ngoài hay còn gọi là phương pháp tạo vạt sụn mi dưới
- Gây tê góc ngoài mi.
- Mở góc ngoài mi.
- Cắt nhánh dưới của dây chằng mi ngoài và cầm máu.
- Bộc lộ thành ngoài hốc mắt, bộc lộ màng xương.
- Tạo vạt sụn mi dưới và khâu dính vạt sụn vào màng xương bằng chỉ prolene 5/0.
- Khâu cơ, da theo từng bình diện.
- Rửa kết mạc cùng đồ
- Băng mắt, che mắt
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Xuất huyết trước cân vách hốc mắt: theo dõi, chườm lạnh.
- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần thiết.
- Còn lật mi hay hở mi: mảnh ghép quá nhỏ phải ghép lại hay căng lại mi dưới.
- Hở lộ mảnh kim loại: lấy mảnh kim loại, đặt lên trên sụn mi, dùng cân cơ thái dương che phủ phía trước tấm kim loại.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG CÓ GHÉP

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 (trương 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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu/phẫu thuật mộng

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

* **Thực hiện kỹ thuật:**

+ **Phẫu thuật cắt mạc rìa tự thân**

- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu.

- Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mạc

- Cắt đầu mạc cách rìa 2 - 3mm.

- Tách thân mạc rời khỏi thân cơ trực phía dưới

- Cắt tổ chức xơ thân mạc đến sát cực lệ, đốt cầm máu.

- Gọt phần mạc bám vào giác mạc

- Lấy kết mạc ghép từ rìa cực trên

- Khâu mảnh ghép kết mạc

- Rửa + băng mắt

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ.

+ **Phẫu thuật phẫu thuật mạc có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miêndịch)**

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

- Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật mạc ghép kết mạc rìa tự thân.

- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu.

- Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mạc

- Cắt đầu mạc cách rìa 2 - 3mm.

- Tách thân mạc rời khỏi thân cơ trực phía dưới

- Cắt tổ chức xơ thân mạc đến sát cực lệ, đốt cầm máu.

- Gọt phần mạc bám vào giác mạc

- Đặt mẫu gelasan có tẩm thuốc chống chuyển hóa khoảng 5 phút

- Lấy mẫu gelasan ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20ml).

- Băng mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

* **THEO DÕI**

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau ngay đầu.

- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc.

- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hoá hoàn toàn.

- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

*** TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong phẫu thuật

+ Chảy máu nhiều: cầm máu bằng tra adrenalin 0,1% hoặc đốt cầm máu.

+ Thùng kết mạc: nếu vết thùng nhỏ thì không cần khâu, nếu vết thùng lớn thì khâu lại

+ Thùng củng mạc: khâu lại bằng chỉ 8-0.

+ Thùng giác mạc: ngừng gọt giác mạc và khâu lại bằng chỉ 10-0.

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cầm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT CẮT MỘNG ĐƠN THUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt mộng đơn thuần là nhằm loại bỏ được mộng, tái tạo lại giải phẫu bình thường của bề mặt nhãn cầu.

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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu/phẫu thuật mổ.

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

*** Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê**

*** Thực hiện kỹ thuật:**

- Đặt vành mi bọc lộ nhãn cầu.
- Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mộng
- Cắt đầu mộng cách rìa 2 - 3mm.
- Tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới
- Gọt phần mộng bám vào giác mạc
- Rửa + băng mắt
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

*** THEO DÕI**

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau ngay đầu.
- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc.
- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hoá hoàn toàn.

*** TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong phẫu thuật
 - + Chảy máu nhiều: cầm máu bằng tra adrenalin 0,1% hoặc đốt cầm máu.
 - + Thùng kết mạc: nếu vết thùng nhỏ thì không cần khâu, nếu vết thùng lớn thì khâu lại
 - + Thùng cùng mạc: khâu lại bằng chỉ 8-0.
 - + Thùng giác mạc: ngừng gọt giác mạc và khâu lại bằng chỉ 10-0.
 - 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT QUẠM

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Quặm mi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối):

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

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu/phẫu thuật quặm

4.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

Quam A

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê**

* **Thực hiện kỹ thuật:**

+ **Phương pháp Panas**

- Rạch da mi trong ra ngoài và bộc lộ sụn mi:

- Cắt sụn mi cách bờ sụn dưới 2mm.

- Đặt 4 mũi chỉ khâu sụn mi

- Vuốt 2 mép da để hai nửa sụn sát lại với nhau

- Khâu da.

- Băng mắt.

- Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ

+ **Phương pháp Trabu**

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

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

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

- Băng mắt.

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ

+ **Phương pháp Cuenod Nataf**

- Rạch bờ tự do mi mắt tại đường xám

- Rạch da song song cách hàng lông mi 2mm

- Bộc lộ sụn, cắt gọt bớt sụn theo hình lòng máng

- Khâu sụn vừa được cắt gọt

- Khâu da bằng chỉ mũi rời hoặc khâu vắt.

- Rửa + Băng mắt.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

* **THEO DÕI**

- Thay băng

- Tra thuốc và uống thuốc

- Cắt chỉ sau 5-7 ngày

*** XỬ TRÍ TẠI BIÊN**

- Trong mổ

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

Thùng kết mạc sụn nếu gọt sụn quá sâu: phải dừng lại không làm thùng tiếp.

- Sau mổ

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cầm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

PHẪU THUẬT QUẠM TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Quặm mi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

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

- Bờ mi có biến dạng như hờ mi, hếch mi dẫn đến thất bại của phẫu thuật.

Trong trường hợp này cần phẫu thuật quặm phối hợp với tạo hình mi.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu/phẫu thuật quặm.

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIỀN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

* **Thực hiện kỹ thuật:**

Phương pháp Panas

- Rạch da mi và bộc lộ sụn mi:
+ Đường rạch da đi suốt từ góc trong ra góc ngoài của mi mắt, song song với bờ mi và cách bờ mi 2mm.

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

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

- Đặt chỉ khâu sụn mi:

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

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

+ Khâu da.

+ Băng mắt.

+ Cắt chỉ sau 5 ngày.

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

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

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ

Phương pháp Trabecu

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

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

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

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

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

- Băng mắt.

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ

Phương pháp Cuenod Nataf

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

- Rạch bờ tự do mi mắt, đường rạch sâu khoảng 1mm.

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

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

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

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

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

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

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

- Băng mắt.

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

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

*** THEO DÕI**

- Thay băng hàng ngày.

- Tra và uống kháng sinh.

- Cắt chỉ sau 5 - 7 ngày.

*** XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Trong mổ

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

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

2. Sau mổ

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Qui trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

RỬA CÙNG ĐỒ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH:

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

- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc

- Viêm kết mạc

- Các trường hợp bong nhãn cầu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm kim bơm rửa cùng đồ, kim 18 hút thuốc.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp

5.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng khám

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)
- c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

RỬA TIỀN PHÒNG (MÁU, XUẤT TIẾT, MỦ, HÓA CHẤT)

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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu, kim 2 nòng.

5.5 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, cùng 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.

- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 15 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

* **Thực hiện kỹ thuật:**

- Cố định mi bằng vành mi 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 cùng mạc.

+ Rạch giác cùng 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 từ từ trường hợp.
- + Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.
- + Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.
- + Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Chảy máu trong phẫu thuật

Là biến chứng hay gặp

- Nguyên nhân:

- + Do hút lôi kéo vào móng mắt đặc biệt chân móng mắt.
- + Do cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.

- Xử trí:

+ Dừng hút.

+ Bơm tiền phòng dung dịch adrenalin 0,1% hòa loãng với dung dịch ringerlactat 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 chằng 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 móng mắt

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

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

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 a, b giao cảm).
 - + Trường hợp tăng nhãn áp không đáp ứng với điều trị nội khoa, có thể phải can thiệp bằng phẫu thuật cắt bè cùng 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

SIÊU ÂM MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. **CHỈ ĐỊNH:** Người bệnh có chỉ định đánh giá tổ chức nội nhãn

3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Các vết thương hở xuyên nhãn cầu

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc BS, KTV, điều dưỡng được đào tạo.

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Nước muối sinh lý 0,9%

4.3 Vật tư: Băng, gel

5.4 Trang thiết bị: Máy siêu âm.

5.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng siêu âm, Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Hướng dẫn người bệnh nhắm mắt.

- Siêu âm từng mắt cho bệnh nhân

- Siêu âm mỗi mắt theo các kinh tuyến khác nhau

- In kết quả, ghi kết quả vào phiếu siêu âm.

- Trả kết quả cho người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

SOI ĐÁY MẮT BẰNG KÍNH 3 MẶT GƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý về võng mạc, dịch kính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Những bệnh toàn thân chưa cho phép

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; thuốc giãn đồng tử, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, gel

5.4 Trang thiết bị: Máy sinh hiển vi khám mắt, kính 3 mặt gương

4.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Đặt tư thế bệnh nhân: Ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Nhỏ giãn đồng tử, thuốc tê bề mặt

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

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

- Đặt kính 3 mặt gương đã bôi gel tiếp xúc với giác mạc, di chuyển hệ quang học máy sinh hiển vi về phía trước cho đến khi thấy được võng mạc, quan sát võng mạc qua từng mặt kính.

Ghi nhận kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giãn yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý về võng mạc, dịch kính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

4.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc giãn đồng tử

5.3 Vật tư: Bông

5.4 Trang thiết bị: Đèn soi đáy mắt trực tiếp

5.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

- b) Đặt tư thế bệnh nhân: Ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

- Ghi nhận kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

SOI GÓC TIỀN PHÒNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý có tổn thương lên quan đến vùng góc tiền phòng, glôcôm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: giãn đồng tử

5.3 Vật tư: Bông, gel

5.4 Trang thiết bị: Sinh hiển vi, kính 3 mặt gương

5.5 Người bệnh:

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 20 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Đặt tư thế bệnh nhân: ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Nhỏ thuốc tê tại chỗ

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

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

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

- Ghi nhận kết quả.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BHYT về việc

Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

TIÊM CẠNH NHÂN CẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH:

- Viêm màng bồ đào
- Sau phẫu thuật nội nhãn
- Tiêm tê nhãn cầu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: Dung dịch sát khuẩn

5.3 Vật tư: Bông vô trùng, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: Bộ dụng cụ tiêm cạnh nhãn cầu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

tra kim tiêm có chạm vào mạch máu không, tiêm thuốc, rút kim nhanh vuông góc với da.

- Theo dõi tình trạng người bệnh, phát hiện những dấu hiệu bất thường
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

TIÊM DƯỚI KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH:

- Viêm màng bồ đào
- Sau phẫu thuật nội nhãn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: Dung dịch sát khuẩn

5.3 Vật tư: Bông vô trùng, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: Bộ dụng cụ tiêm cạnh nhãn cầu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiêu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm, tiêm dưới kết mạc vùng rìa hoặc tiêm ở kết mạc gâncùng đồ

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh (nếu có)

- Theo dõi tình trạng người bệnh, phát hiện những dấu hiệu bất thường

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÁM MẮT (KHÁM LÂM SÀNG MẮT)

1. ĐẠI CƯƠNG: Khám mắt là khám nhằm đánh giá, ghi nhận tình trạng nhãn cầu: Vận nhãn, từ ngoài vào trong, mi mắt, lệ đạo đến kết giác mạc, tiền phòng, mống mắt, thủy tinh thể, dịch kính, võng mạc. ... thị lực, thị giác của mắt.

2. CHỈ ĐỊNH: Có dấu hiệu bất thường về mắt (hoặc kiểm tra theo yêu cầu)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

5.2 Thuốc: giãn đồng tử nếu cần

5.3 Vật tư: không

5.4 Trang thiết bị:

- Sinh hiển vi khám mắt

- Dụng cụ, trang thiết bị khác: Bảng thị lực, Kính lúp, đèn Pin

5.5 Người bệnh:

- Có dấu hiệu bất thường về mắt (hoặc kiểm tra theo yêu cầu)

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

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 15 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh

- Thực hiện kỹ thuật:

+ Hỏi bệnh sử

+ Đo thị lực

+ Khám mắt:

Khám từng mắt một.

Đánh giá, ghi nhận tình trạng nhãn cầu: Vận nhãn, từ ngoài vào trong, mi mắt, lệ đạo đến kết giác mạc, tiền phòng, mống mắt, thủy tinh thể, dịch kính, võng mạc.

+ Chỉ định CLS (nếu có)

+ Phân tích, xử trí kết quả CLS (nếu có)

+ Chỉ định điều trị/Hướng điều trị phù hợp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết định 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 – Bộ Y tế về việc ban hành Mẫu hồ sơ bệnh án.

- Quyết định 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

PHẪU THUẬT KHÂU GIÁC MẠC ĐƠN THUẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Chấn thương rách giác mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

*** Kỹ thuật**

+ Nguyên tắc chung

Làm sạch mép vết thương.

Xử trí các tổ chức phôi kẹt.

Đặt lại tổ chức theo đúng bình diện giải phẫu.

Khâu kín vết thương.

+ Kỹ thuật khâu

Đặt vành mi để bộc lộ nhãn cầu.

Làm sạch mép vết thương: gắp bỏ các chất xuất tiết, dị vật bản

Tách dính mỏng mắt: tách dính giữa mỏng mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.

Bộc lộ và khâu vết thương giác mạc đảm bảo hạn chế phôi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.

Xử trí các tổ chức phôi kẹt: cắt lọc hết sức tiết kiệm

+ Mỏng mắt: Người bệnh đến sớm, mỏng mắt sạch chưa bị hoại tử, có thể đẩy lại mỏng mắt vào trong tiền phòng.

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

+ Thê mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thê mi hết sức tiết kiệm khi thê mi bị hoại tử, hóa mù.

+ Thủy tinh thể đục võ: lấy phần thủy tinh thể kẹt dính vào mép rách giác mạc.

Phần thủy tinh thể còn lại sẽ được xử trí thì 2.

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

Khâu giác mạc bằng mũi rời hoặc khâu vắt.

Các mũi khâu đi qua 3/4 chiều dày giác mạc, càng sâu càng tốt.

Tái tạo tiền phòng bằng hơi hoặc dung dịch ringer lactat.

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

Tra mỡ kháng sinh mỡ, atropin và băng mắt.

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

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

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

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

- Các dấu hiệu của xuất huyết nội nhãn.

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

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

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

+ Kháng sinh chống nhiễm trùng: kháng sinh liều cao, phổ rộng. Tra mắt,

tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm dưới kết mạc, uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch.

* Nếu có viêm nội nhãn, có thể tiêm kháng sinh nội nhãn.

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

- Dẫn dòng tử chống dính.

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

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

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

Xử trí.

- Bom adrenalin đã pha loãng tỷ lệ 1/3 vào tiền phòng phối hợp với bom 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 tổng khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phôi kẹt nhiều tổ chức nội nhãn, cơ địa người bệnh tăng nhãn áp. Nếu người bệnh được phẫu thuật gây mê, nên cố gắng hạ thấp huyết áp người bệnh đến mức tối thiểu. Khâu kín vết thương giác mạc càng nhanh càng tốt (có thể không đúng bình diện hoặc có kẹt các tổ chức nội nhãn., các vấn đề này có thể được xử trí thì sau).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÂU CÙNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương cùng 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 cùng 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 cùng mạc, hai mép vết thương không kín.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.
Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp:

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 15 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)
- Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

* Kỹ thuật:

+ Nguyên tắc chung

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

+ Kỹ thuật khâu

- Đặt vành mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Làm sạch mép vết thương: gấp bỏ các chất xuất tiết, dị vật bẩn
- Tách dính móng mắt: tách dính giữa móng mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.

- Bộc lộ và khâu vết thương cùng mạc đảm bảo hạn chế phôi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.

- Xử trí các tổ chức phôi kẹt: cắt lọc hết sức tiết kiệm

- Người bệnh đến muộn mỏng 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 mù.

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

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

- Khâu cùng mạc mũi rời bằng chỉ 7-0 vicryl, mũi khâu xuyên khoảng 80% chiều dày cùng 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 cùng mạc).

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

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

Khâu phủ kết mạc

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

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

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

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

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

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

- Các dấu hiệu của xuất huyết nội nhãn.

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

- Hiện tượng tăng sinh dịch kính vỡng mạc và bong vỡng mạc.

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

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

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

- Dẫn đồng tử chống dính.

- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc và nâng cao thể trạng.
- Điều trị tiêu máu nếu có xuất huyết nội nhãn.

7.2 BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như 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 thể thủy tinh đục vỡ trương lên, cần lấy thủy tinh thể mới tái tạo được tiền phòng.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

LẤY DỊ VẬT HỌC MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

2. CHỈ ĐỊNH:

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

- Những người bệnh không chấp nhận phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

- Chụp phim Xquang, tốt nhất là chụp CT để khu trú vị trí của dị vật hốc mắt.

- Thuốc an thần trước phẫu thuật (nếu cần)

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 15 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

* Kỹ thuật:

- Rửa da ở vị trí gần khối dị vật nhất

- Có thể đi qua kết mạc nếu dị vật ở phía trước hoặc cục lệ nếu dị vật nằm gần thành trong.

- Bộc lộ để tìm dị vật hốc mắt(không làm cho dị vật vào sâu thêm).

- Gấp dị vật ra.

- Đóng lại vết thương bằng chỉ vicryl 6-0.

- Khâu da

- Tra mỡ kháng sinh và băng mắt

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

Tại mắt

- Theo dõi thị lực, nhãn áp, phản xạ đồng tử, đáy mắt.
- Song thị.
- Tình trạng sưng nề của mi, hốc mắt.
- Tình trạng nhiễm trùng, viêm của tổ chức hốc mắt.

Toàn thân

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

7.2 TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CHÍCH DẪN LƯU 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 mù thoát ra khỏi ổ áp xe túi lệ.

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp áp xe túi lệ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

* Kỹ thuật:

Rạch vùng trung tâm của khối áp xe

Án làm cho mũ thoát ra đường rạch.

Rửa túi lệ sạch bằng dung dịch natri clorid 0,9%

Băng mép mổ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

BÓC SỢI GIÁC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường có sợi giác mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, panh, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật, phòng khám

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê

* **Thực hiện kỹ thuật**

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

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

- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh

- Đặt vành mi

- Dùng panh kẹp gần gốc sợi giác mạc kéo ngược với hướng sợi giác mạc

- Rửa mắt.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

BOM THÔNG LỆ ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Áp xe túi lệ.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt, Nước muối sinh lý 0,9%, Dung dịch kháng sinh.

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông, gạc vô trùng, bom tiêm

5.4 Trang thiết bị:

- Có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

- Que nong điểm lệ.

- Bộ que thông lệ đạo với các số khác nhau.

- Bom tiêm, kim bơm rửa lệ đạo.

5.5 Người bệnh:

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật, Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

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

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

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

- Thông điểm lệ: dùng 1 tay kéo da mi để bộc lộ điểm lệ. Trường hợp điểm lệ quá nhỏ có thể tra xanh metylen hoặc thuốc đỏ để phát hiện dễ hơn. Tay kia cầm que nong đầu nhọn đưa vào điểm lệ vuông góc với bờ mi, khi que nong vào được 1mm, xoay ngang que nong 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.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

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

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

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 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.

- Que thông đi sai đường

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Vết khâu giác mạc đã liền tốt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 15 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật, Phòng khám

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

***Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.

* **Kỹ thuật:**

- Đặt vành mi

- Sử dụng dao nhọn, kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ

- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra

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

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT BỎ CHẤP CÓ BỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH:

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê

* **Thực hiện kỹ thuật:**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

- Dùng cặp cố định, cố định chắc. Chú ý vận ốc vừa phải.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắc, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.

- Nếu có bục xơ tránh làm vỡ bục chắc, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắc.

- Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.

- Rửa + Băng mắt.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

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

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

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

RẠCH ÁP XE MI

1. ĐẠI CƯƠNG: Rạch áp xe mi là kỹ thuật lấy đi ổ áp xe mi

2. CHỈ ĐỊNH: Áp xe mi đã khu trú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối):

- Áp xe mi sung tấy.

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê

* **Thực hiện kỹ thuật:**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch da mi ở vị trí áp xe, làm sạch mù, để hở vết rạch không khâu

- Rửa + Băng mắt.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

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

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

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng ép

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt

Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giảm yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, TỔN THƯƠNG NÔNG VÙNG MẮT

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 (tương đối):

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. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu cần.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 10 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

Quang

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

* **Thực hiện kỹ thuật**

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

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

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

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

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

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

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Trường hợp vết thương mi đi vào tổ chức hốc mắt: Có thể cắt lọc tổ chức mỡ hốc mắt bản, bầm 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.

- Băng mắt, che mắt

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

Tình trạng mi: mi khép, hờ 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).

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT U DA MI KHÔNG GHÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u mi nhằm loại bỏ khối u mi và làm xét nghiệm mô bệnh học (nếu cần)

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 (tương đối):

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

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

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

- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

Handwritten signature

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

* **Kỹ thuật**

- Đặt thanh dè vào cùng đồ kết mạc.
- Dùng dao cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3 - 5mm
- Cầm máu tại chỗ.
- Phục hồi da mi
- Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.
- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.
- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức u được cắt bỏ, gửi giải phẫu bệnh (nếu cần)

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

TẬP NHƯỢC THỊ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhược thị là giảm chức năng thị lực của một mắt do không sử dụng trong quá trình phát triển thị lực. Mất thị lực nghiêm trọng có thể xảy ra ở mắt bị ảnh hưởng nếu không bị phát hiện và điều trị ở giai đoạn đầu của thời thơ ấu.

2. CHỈ ĐỊNH: Bệnh nhân nhược thị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc: không

5.3 Vật tư: Không

5.4 Trang thiết bị: Tăm che mắt

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi thực hiện

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 20 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Đặt tư thế bệnh nhân: ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

+ Kỹ thuật:

- Che mắt: Dùng miếng che, che bên mắt nhìn rõ hơn và cố gắng tập trung nhìn mọi thứ xung quanh và diễn tả chúng. Thực hiện bài tập này 2 giờ mỗi ngày, duy trì trong vòng 6 tháng đến 1 năm.

- Tập trung: Dùng miếng che, che bên mắt nhìn rõ hơn, sử dụng ngón tay trỏ của một tay đưa ra trước mắt rồi từ từ di chuyển ngón tay ra xa. Tập trung vào sự di chuyển từ gần đến xa của ngón tay trong một thời gian. Sau đó, nghỉ ngơi 5 phút và làm lại lần nữa. Lặp lại bài tập 3 lần một ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy

- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học

- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.

- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

NGHIỆP PHÁP PHÁT HIỆN GLAUCOMA (THEO ĐỔI NHẪN ÁP 3 NGÀY)

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhãn áp là áp lực của các thành phần trong nhãn cầu tác động lên thành cùng mạc và giác mạc.

2. CHỈ ĐỊNH: Bệnh nhân nghi ngờ Glaucoma

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Bông, tăm bông

5.4 Trang thiết bị: Dụng cụ đo nhãn áp (Schioztc, Maclakop, Máy đo đo nhãn áp kỹ thuật số ...)

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu cần.
- Được chỉ định: Công thức máu, đường máu, kiểm tra liên quan rối loạn đông máu, điện tim, hoặc các Cận lâm sàng khác nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 5 phút đến 30 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

+ Kỹ thuật:

- Bệnh nhân được đo nhãn áp bằng dụng cụ đo phù hợp:

+ Đo nhãn áp bằng dụng cụ Schioztc, Maclakop: Bệnh nhân nằm ngửa, mắt được nhỏ thuốc tê bề mặt. Người đo ở phía đầu bệnh nhân và thực hiện đo.

+ Đo nhãn áp bằng Máy đo đo nhãn áp kỹ thuật số: Bệnh nhân ngồi trước máy. Người đo thực hiện bấm máy đo.

- Đo nhãn áp từ 2 đến 6 lần trong 1 ngày. Ghi nhận kết quả mỗi lần đo. Theo dõi liên tục trong 3 ngày liền

- Ghi nhận kết luận đo.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT LÁC, SỤP MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt chỉ sau phẫu thuật lác, sụp mi đúng thời điểm giúp cho kết mạc liền tốt, làm giảm cảm giác cộm, đau của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH: Vết khâu đã liền tốt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt hoặc điều dưỡng được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, dao mổ, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ cắt chỉ kết mạc

5.5 Người bệnh:

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

- Chỉ định Cận lâm sàng nếu có.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 15 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiểu phẫu, Phòng khám bệnh

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Nhỏ thuốc tê bề mặt
- Đặt vành mi
- Sử dụng dao nhọn, kim bơm tiêm cắt đứt chỉ
- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Rửa kết mạc cùng đồ
- Băng mắt, che mắt
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

KHÂU VẾT MỔ GIÁC MẠC CỨNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương giác mạc, 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 mạc, 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.

3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

4.1 Người thực hiện:

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc tê, thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 **Vật tư:** Băng, tấm băng, gạc vô trùng, dao mổ, bơm tiêm, kim 18 hút thuốc, chỉ các loại.

5.3 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 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.
- Cận lâm sàng: Công thức máu, đường máu, máu chảy, máu đông, điện tim và Cận lâm sàng phù hợp.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 20 phút đến 60 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

* Kỹ thuật:

+ Nguyên tắc chung

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

+ Kỹ thuật khâu

- Cố định 2 mi bằng đặt chi 2 bờ mi hoặc dùng vành mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Làm sạch mép vết thương: gắp bỏ sạch các chất xuất tiết, dị vật bản bám mép vết thương.
- Tách dính móng mắt: dùng spatula tách dính giữa móng mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau.
- Vết thương cùng mạc cần phẫu tích kết mạc, tenon che phủ vết thương:
 - + Bóc tách kết mạc (cả tenon và tổ chức thượng cùng mạc) từ trước ra sau, vừa bóc tách vừa bộc lộ vết thương.
 - + Bóc tách kết mạc tới đâu, khâu vết thương tới đó để hạn chế phôi kẹt thêm tổ chức nội nhãn.
 - Xử trí các tổ chức phôi kẹt: cắt lọc hết sức hạn chế
 - + Móng mắt: Người bệnh đến sớm, móng mắt sạch chưa bị hoại tử, có thể đẩy lại móng mắt vào trong tiền phòng. Người bệnh đến muộn móng mắt đã bị hoại tử, cần cắt bỏ.
 - + Thê mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thê mi hết sức tiết kiệm khi thê mi bị hoại tử, hóa mù.
 - + Thủy tinh thể đục võ: lấy phần thủy tinh thể kẹt dính vào mép rách giác mạc. Phần thủy tinh thể còn lại sẽ được xử trí thì 2.
 - + Dịch kính: cắt bỏ phần dịch kính phôi kẹt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.

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

- Khâu giác mạc:

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

+ Khâu mũi rời hoặc khâu vát.

+ Các mũi khâu đi qua 3/4 chiều dày giác mạc, càng sâu càng tốt. Khoảng cách giữa 2 bờ mép rách đều nhau (trừ trường hợp vết rách đi chéo).

+ Thứ tự của các mũi khâu:

Vết thương đi qua rìa, mũi khâu đầu tiên sẽ được đặt tại vị trí rìa cùng giác mạc. Các mũi tiếp theo sẽ lần lượt theo thứ tự là giác mạc rồi cùng 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 ringerlactat. Sau khi được tái tạo, toàn bộ tiền phòng là bóng khí hoặc dung dịch ringerlactat, không bị kẹt dính giữa mống mắt, chất thủy tinh thể đục vỡ hoặc dịch kính với giác mạc rách.

- Khâu cùng mạc.

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

+ Nếu vết thương nằm dưới cơ trực, có thể dung 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 cùng mạc).

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

- Chú ý không để kẹt, dính 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 bang mắt.

- Theo dõi, chăm sóc, hướng dẫn theo đơn thuốc, chỉ định của Bác sĩ.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội

- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương

- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh

- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhân khoa giảng yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh

BƠM HƠI TIỀN PHÒNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bơm hơi tiền phòng là thủ thuật bơm khí vào tiền phòng nhằm căn tạo lại hình dạng nhãn cầu và chèn kín vết thương mở tiền phòng.

2. CHỈ ĐỊNH: Tạo tiền phòng, chèn kín vết thương mở tiền phòng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối): Những bệnh toàn thân chưa cho phép.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ:

5.1 Người thực hiện:

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh mắt
- b) Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng

5.2 Thuốc:

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch sát khuẩn, Nước muối sinh lý 0,9%

5.3 Vật tư: Băng, tấm bông, gạc vô trùng, bơm tiêm

5.4 Trang thiết bị: có thể Kính lúp, Sinh hiển vi, bộ dụng cụ vi phẫu

5.5 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Khai thác tiền sử đông máu. Chỉ định Cận lâm sàng nếu cần.

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

5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: khoảng 2 phút đến 10 phút.

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng tiêu phẫu, Phòng phẫu thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ: Theo qui định

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật thủ thuật (nếu có)

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm hoặc ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

* Vô cảm: Gây tê

* Kỹ thuật:

- Cố định mi bằng vành mi hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Dùng bơm tiêm hơi vào tiền phòng sao cho nhãn cầu căng vừa
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất

thường để xử trí kịp thời.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.
- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thực hành nhãn khoa của Bộ môn mắt trường Đại học y khoa Hà Nội
- Cẩm nang nhãn khoa thực hành của Giáo sư Hà Huy Tiến, Viện Mắt Trung Ương
- Phác đồ điều trị của Bệnh viện mắt Thành phố Hồ Chí Minh
- Phác đồ điều trị của Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy
- Nhãn khoa giản yếu của Nhà xuất bản y học
- Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12 tháng 01 năm 2015 của BYT về việc Ban hành tài liệu chuyên môn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
- Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt Bệnh viện Quảng Ninh