

## 1. CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu giác mạc đã liền tốt

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Kiểm tra hồ sơ

#### 2. Kiểm tra người bệnh

#### 3. Thực hiện kỹ thuật

##### 3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

##### 3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

#### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ
- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

### **VI. THEO DÕI**

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

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

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 2. TIÊM DƯỚI KẾT MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật nội nhãn

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Kiểm tra hồ sơ

#### 2. Kiểm tra người bệnh

#### 3. Thực hiện kỹ thuật

##### 3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

### **3.2. Kỹ thuật**

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

### **VI. THEO DÕI**

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

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

### **3. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật kết mạc

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

##### **2. Phương tiện**

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

##### **3. Người bệnh**

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

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

###### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

###### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

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

## **VI. THEO DÕI**

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 4. TIÊM CẠNH NHÃN CẦU

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Kiểm tra hồ sơ

#### 2. Kiểm tra người bệnh

#### 3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn

-Sử dụng bơm tiêm có kim dài 2,5cm, mũi kim đi vuông góc với da, tiêm sâu được 1cm, đưa mũi kim tiếp tuyến với nhãn cầu ra sau đến hết độ dài kim tiêm, kiểm tra kim tiêm có chạm vào mạch máu không, tiêm thuốc, rút kim nhanh vuông góc với da

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

## **VI. THEO DÕI**

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.



## 5. LẤY CALCI KẾT MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

- Calci kết mạc

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Kiểm tra hồ sơ

#### 2. Kiểm tra người bệnh

#### 3. Thực hiện kỹ thuật

##### 3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

##### 3.2. Kỹ thuật

- Lật mi bộ lộ vị trí lắng đọng calci

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

## **VI. THEO DÕI**

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **6. CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết khâu da mi đã liền tốt

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi
- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.
- Dùng phanh kẹp chỉ, kéo cắt đứt chỉ khâu
- Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra
- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

## **VI. THEO DÕI**

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **7. CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết khâu kết mạc đã liền tốt

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ
- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

## **VI. THEO DÕI**

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **8. ĐÓT LÔNG XIÊU, NHỎ LÔNG XIÊU**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Mọi người bệnh có lông xiêu

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật**

### 3.2.1 Nhỏ lông xiêu

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

### 3.2.2 Đốt lông xiêu

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

## VI. THEO DÕI

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

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

## VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 9. BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

#### 1. Bơm rửa lệ đạo

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



- Trước khi tiến hành thông lệ đạo.

## **2. Thông lệ đạo**

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

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Áp xe túi lệ.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

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

### **2. Phương tiện**

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

### **3. Người bệnh**

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

#### **3.1. Bơm lệ đạo**

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

Kết quả:

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

### **3.2. Thông lệ đạo**

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

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

- Thông ống lệ mũi: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điểm lệ 1mm vuông góc với bờ mi, sau đó xoay ngang que thông  $90^0$  và tiếp tục đẩy que thông đi song song với bờ mi. Nếu khó đẩy que thông thì cần kéo căng da

mi ra phía ngoài để lệ quản ngang nằm thẳng, que thông sẽ vào dễ hơn. Khi đầu que thông chạm vào thành xương (que vào khoảng 1 - 1,5cm) xoay que thông lên phía trên một góc  $90^0$  sau đó đẩy từ từ xuống phía dưới theo hướng ống lệ mũi (khi đẩy đầu que thông luôn luôn chạm vào thành xương). Rút que thông ra, bơm nước lệ đạo để kiểm tra. Nếu thông chưa được thì khoảng thời gian giữa hai lần thông ít nhất là 1 tuần.

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

### **1. Chảy máu**

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

### **2. Que thông đi sai đường**

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

## **10. CHÍCH CHẤP, LỆO, NANG LÔNG MI; CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích chấp - lệo là kỹ thuật lấy đi ổ chấp hoặc lệo.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Chích 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.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **11. THAY BĂNG VÔ KHUẨN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II . CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định thay băng.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

Dụng cụ:

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Chuẩn bị tắm bông, băng sạch ra khay vô khuẩn.
- Dùng kẹp phẫu tích sạch hoặc bằng tay bóc băng nhẹ nhàng.

- Tra dung dịch natri clorua 0,9% vào góc trong mắt thay băng và làm ẩm đầu bông.

- Tay trái cầm tăm bông thứ nhất vành nhẹ mi dưới xuống, hướng dẫn người bệnh ngược nhìn lên, tay phải cầm tăm bông thứ 2 lau sạch mi từ ngoài vào trong. Lau lại lần nữa bằng tăm bông thứ 3. Lau vùng xung quanh mi từ trong ra ngoài bằng tăm bông thứ 4.

- Xem tình hình vết phẫu thuật, nếu có hiện tượng bất thường báo ngay cho bác sĩ điều trị.

- Tra thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **12. TRA THUỐC NHỎ MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

## **2. Phương tiện**

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

## **3. Người bệnh**

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

## **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra phiếu tra thuốc so với bệnh án.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Thực hiện kiểm tra 5 đúng.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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



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

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

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

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

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

+ Thuốc mỡ:

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

**Lưu ý:**

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

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

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

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

**V. THEO DÕI**

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

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

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## **13. NẶN TUYẾN BỜ MI, ĐÁNH BỜ MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

### **V. Các bước tiến hành**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.

- Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:

+ Cách 1: tay trái dùng thanh đẽ có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đẽ lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.

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

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

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

## **14. RỬA CÙNG ĐỒ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc

- Các trường hợp bong nhãn cầu

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

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

#### **2. Phương tiện**

- Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đồ

- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

- Thuốc tê dicain 1%.

- Dung dịch kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

### **VI. THEO DÕI**

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

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 15.CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU

### I. Là một bệnh cấp cứu trong nhãn khoa.

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

### II. Tác nhân gây bệnh:

#### 1. Do nhiệt:

- Dầu mỡ sôi.
- Kim loại nóng chảy.
- Tia xạ : Cự tím - Ronghen.
- Điện và tuyết CO<sub>2</sub>.

#### 2. Do hoá chất:

- Do Bazơ: Vôi sống, vôi tôi, Amoniac....
- Do Axit: H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>, HCL, Axit Axetic, Alhydrit.
- Do các chất kích thích ăn mòn: Phốt phát, CL, Flo, Oxy.

#### 3. Do các chất gây phỏng dộp da.

- Thường sử dụng trong chiến tranh như Yperide...

### III. Nguyên tắc chung - Điều trị:

- Loại trừ chất gây bỏng.
- Chống thiếu dinh dưỡng giác mạc.
- Chống dính.
- Chống nhiễm trùng.
- Chống đau.
- Chống viêm.

### IV. Hình thái lâm sàng:

Tuỳ tác nhân, mức độ trên lâm sàng được chia làm ba hình thái:

**1. Hình thái lành tính:**

- Tồn thương mức độ nhẹ, sau điều trị không để lại biến chứng.

**2. Hình thái trung bình:** ( Mức độ vừa ) Phù nề, hoại tử.

Đây là hình thái thường gặp, tồn lại sau điều trị ảnh hưởng tới thị lực

- Mi phù, lớp thượng bì đỏ nề.

- Kết mạc phù nề, có hoại tử khu trú, huyết quản ứ máu.

- Giác mạc: Biểu mô bong toàn bộ, lớp mô nhục bộc lộ phù nề.

- Tiền phòng có dấu hiệu Tyldan ( ++ )

**3. Hình thái nặng:** ( Mức độ trầm trọng ) mất tổ chức, hoại tử.

- Bông mi có kèm theo bông mắt, thường sau có thể bị thương cả bờ mi, lệ đạo, trong quá trình điều trị thường để lại di chứng.

- Kết mạc hoại tử rộng do thiếu máu.

- Giác mạc màu trắng sứ, không xem rõ tiền phòng và bóng mắt.

- Có phản ứng thể mi, Tyldan ( ++ )

- Mức độ nặng có thể loét, hoại tử nhãn cầu.

**V. Tiên lượng:**

- Phụ thuộc vào tác nhân gây bệnh, các tổn thương nhiều hay ít, sâu hay rộng, điều trị kịp thời đúng phác đồ.

**1. Mức độ nhẹ:** Không để lại di chứng, không ảnh hưởng tới thị lực.

**2. Mức độ vừa:** Ảnh hưởng thị lực một phần.

**3. Mức độ nặng:** Thị lực sa sút trầm trọng, có thể mù hay phải khoét bỏ nhãn cầu.

**VI. Điều trị.**

**1. Loại trừ tác nhân gây bong.**

- Gấp bỏ tác nhân gây bong nếu có.

- Rửa mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý, nước sạch rửa nhiều lần.

- Những ngày sau rửa mắt tiếp tục.



- Tốt nhất được theo dõi khi PH về bình thường.

## **2.Giảm đau**

- Tại chỗ : Tra dung dịch Dicain 1%.
- Toàn thân : Uống Paracetamol.

## **3.Chống dính:**

- Tra mắt dung dịch Atropin 1%.
- Chống dính mi cầu : Tra mỡ kháng sinh tách dính và có thể đặt khuôn.

## **4.Dinh dưỡng kết mạc – giác mạc:**

- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc.
- Tiêm Divascol dưới kết mạc.
- Vitamin AD.

## **5.Chống nhiễm trùng:**

- Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

## **6.Điều trị biến chứng và di chứng:**

- Loét giác mạc : + Khâu cò mi.
  - + Khâu phủ kết mạc.
  - + Ghép giác mạc.
- Tăng nhãn áp : Phẫu thuật cắt bè.
- Dính mi cầu : Tách mi cầu và niêm mạc mi.
- Quặm mi : Mổ quặm.

## **16. BÓC SỢI GIÁC MẠC, VIÊM SỢI GIÁC MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường có sợi giác mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

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

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Đặt vành mi
- Dùng phanh kẹp gần gốc sợi giác mạc kéo ngược với hướng sợi giác mạc
- Nhỏ thuốc kháng sinh

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **17. BÓC GIẢ MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường có giả mạc

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

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

#### **2. Phương tiện**

- Phanh vi phẫu, kim bơm rửa cùng đèn.tắm bông
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## **18. RẠCH ÁP XE MI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe mi đã khu trú

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

##### **3.2. Kỹ thuật**

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

## **19. SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý về võng mạc dịch kính

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp
- Thuốc: Giãn đồng tử

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Nhỏ giãn đồng tử
- Thày thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,
- Dùng mắt cùng bên để soi đáy mắt



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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **20. SOI ĐÁY MẮT BẰNG KÍNH 3 MẶT GƯƠNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý về võng mạc , dịch kính

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Nhỏ giãn đồng tử
- Thày thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,
- Bệnh nhân tỳ cằm vào máy sinh hiển vi khám mắt

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **21. KHÁM LÂM SÀNG MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các người bệnh có dấu bệnh về mắt

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

#### **2. Phương tiện**

- Sinh hiển vi khám mắt
- Bảng thị lực

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Hỏi bệnh sử
- Thử thị lực

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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

## **22. CHỤP ĐÁY MẮT KHÔNG HUỖNH QUANG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Chụp đáy mắt không huỳnh quang là một thăm dò hình ảnh không xâm lấn nhằm đánh giá võng mạc, hệ mạch võng mạc, và đĩa thị giác.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh cần thăm dò xác định các bệnh lý võng mạc, hệ mạch võng mạc, đĩa thị giác

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh lý viêm nhiễm tại mắt
- Người bệnh không hợp tác

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

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

#### **2. Phương tiện**

- Hệ thống chụp hình đáy mắt kỹ thuật số
- Thuốc giãn đồng tử Tropicamide 1%

#### **3. Người bệnh**

- Giải thích người bệnh
- Hướng dẫn người bệnh ngồi đúng tư thế

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Kiểm tra thị lực
- Tra thuốc giãn đồng tử cả hai mắt

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bật công tắc máy, không để người bệnh đặt cằm vào máy trong lúc khởi động
- Kiểm tra các chế độ cài đặt: chế độ chụp, góc chụp, tiêu định thị
- Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tì trán, mắt nhìn theo tiêu định thị
- Chỉnh tiêu định thị tương ứng vùng cần chụp
- Chụp ảnh màu đáy mắt, và chụp có bộ lọc

## 23. CHỤP MẠCH KÝ HUỖNH QUANG

### I.ĐẠI CƯƠNG

Chụp mạch huỳnh quang là thăm dò nhằm đánh giá chức năng hệ mạch võng mạc, cũng như các tổn thương bệnh lý võng mạc, biểu mô sắc tố, hắc mạc và đĩa thị giác.

### II.CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý võng mạc
- Bệnh lý hệ mạch hắc mạc

### III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý viêm nhiễm bề mặt nhãn cầu
- Tình trạng toàn thân không cho phép

### IV.CHUẨN BỊ

#### 1.Người thực hiện

Bác sỹ và kỹ thuật viên nhãn khoa

#### 2.Phương tiện

- Hệ thống chụp mạch huỳnh quang đáy mắt
- Dung dịch Fluorescein 20%
- Hộp chống sốc phản vệ
- Catheter tĩnh mạch cỡ 21
- Thuốc giãn đồng tử Tropicamide 1%

#### 3.Người bệnh

- Hướng dẫn giải thích người bệnh
- Khai thác tiền sử các bệnh hô hấp, tim mạch, dị ứng thuốc
- Giải thích bệnh nhân hiện tượng vàng da và thay đổi màu nước tiểu 24 – 48h

sau chụp, các tác dụng phụ

- Hướng dẫn bệnh nhân ngồi đúng tư thế

#### 4. Hồ sơ bệnh án



Theo quy định của Bộ Y tế

## **V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1.Kiểm tra hồ sơ**

### **2.Kiểm tra người bệnh**

- Kiểm tra thị lực, các chỉ số sinh tồn
- Tra thuốc giãn đồng tử vào cả hai mắt
- Chụp ảnh màu đáy mắt cả hai mắt, sau đó chụp có lọc red – free

### **3.Thực hiện kỹ thuật**

- Đặt Catheter cỡ 21 vào tĩnh mạch ở tay
- Lấy 3 – 5 ml dung dịch Fluorescein 20% vào trong xy lanh 5ml
- Bơm thuốc vào trong tĩnh mạch trong vòng 10 – 12 giây
- Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt theo các thì trong 3 – 4 phút, chụp lại thì

muộn sau 7 – 15 phút

- Lưu lại Catheter tĩnh mạch trong vòng 20 phút
- Kiểm tra lại các chỉ số sinh tồn sau khoảng 30 phút

### **4.Theo dõi**

Theo dõi toàn trạng người bệnh

## **VI.BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

Sốc phản vệ: Xử trí cấp cứu sốc phản vệ theo qui trình Bộ Y Tế

## **24. ĐO NHÃN ÁP KẾ MACLAKOP**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra y lệnh.

### **2. Kiểm tra người bệnh**

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

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

### **VI. THEO DÕI**

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

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

## 25. ĐO KHÚC XẠ MÁY

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### 2. Phương tiện

Khúc xạ kế tự động.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh trước khi đo.
  - + Đây là máy để đo khúc xạ của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.
  - + Đầu người bệnh phải cố định (đảm bảo mi mắt hoặc lông mi không che lấp giác mạc), mắt mở to sau mỗi lần chớp.
  - + Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trong máy, ngay cả khi hình nhòe đi.
- Bật công tắc máy: không để cầm người bệnh vào máy trong lúc khởi động.
- Kiểm tra các chế độ cài đặt: ấn nút A để chọn chế độ đo tự động hoàn toàn (FULL AUTO) hoặc nút M để chọn chế độ đo không tự động (MANUAL).

- Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tê trán.
- Kiểm tra để đảm bảo mắt người bệnh cùng độ cao với vạch đánh dấu trên giá cố định đầu.
- Kiểm tra mắt người bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho 3 chấm sáng trên giác mạc ở giữa vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống để 3 chấm sáng thẳng hàng với 2 dấu mốc ở vị trí 6 và 12 giờ.
- Yêu cầu người bệnh nhìn vật tiêu là mái nhà màu đỏ ở tâm của cảnh.
- Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lần hoặc đo 3 lần liên tục.
- In ra kết quả đo.

## 26. ĐO THỊ LỰC VÀ THỬ KÍNH

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

- Các trường hợp lão thị.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Thử kính cầu

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

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

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

## **2. Thử kính trụ**

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

## **3. Cân bằng hai mắt**

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

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

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

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

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

#### **4. Thử kính đọc sách**

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



## 27. ĐO ĐỘ LÒI MẮT BẰNG THUỐC HERTEL

### I. ĐẠI CƯƠNG

Quy trình đo độ lồi mắt là để phát hiện tình trạng nhãn cầu bình thường bị đẩy ra trước do tăng thể tích tổ chức trong hốc mắt.

### II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân bị lồi mắt hoặc nghi ngờ lồi mắt do các nguyên nhân ở hốc mắt:

- Lồi mắt do cường năng tuyến giáp trạng (bệnh Basedow).
- Lồi mắt do viêm.
- Lồi mắt do khối u.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phù hợp để tiến hành thủ thuật

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### 2. Phương tiện

Thuốc Hertel đo độ lồi mắt.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh trước khi đo.

+ Đây là thuốc để đo độ lồi của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.

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

+ Tinh thần thoải mái

- Bệnh nhân ngồi đối diện bác sĩ, bác sĩ dùng thuốc Hertel đặt hai cạnh của thuốc vào bờ ngoài hai hốc mắt của mắt bệnh nhân và

- Đọc độ lồi mắt tương ứng với đỉnh giác mạc trên thước đo được gắn sẵn vào gương của thước
- Đọc kết quả và ghi vào hồ sơ bệnh án

## **28. TEST THỬ CẢM GIÁC GIÁC MẠC**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Test thử cảm giác giác mạc để phát hiện phản xạ của giác mạc đối với ngoại vật

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân viêm giác mạc cần chẩn đoán phân biệt nguyên nhân

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân không cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

#### **2. Phương tiện**

- Máy sinh hiển vi khám mắt, tăm bông vô khuẩn, găng tay

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà trước khi làm thủ thuật , tiền sử tăng huyết áp

- Kiểm tra 5 đúng

- Người bệnh và thầy thuốc ngồi vào máy sinh hiển vi khám mắt

- Thầy thuốc đưa tăm bông vô khuẩn từ phía ngoài mắt bệnh nhân, đưa từ từ vào chạm nhẹ giác mạc người bệnh , chú ý không đưa tăm bông trước mặt bệnh nhân .

- Đánh giá kết quả.

## 29. TEST PHÁT HIỆN KHÔ MẮT ( TEST SHIRMER )

### I. ĐẠI CƯƠNG

Test phát hiện khô mắt để chẩn đoán bệnh nhân có khô mắt hay không

### II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ khô mắt

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### 2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ để thực hiện test

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật

- Dùng giấy thấm kích thước 5x35mm, gấp 5mm để đặt vào kết mạc cùng đồ ở 1/3 ngoài.

- Đợi 5 phút, sau đó đo lượng nước mắt thấm vào giấy

- Kết quả : > 15 mm: bình thường; 10-15mm: nghi ngờ thiếu năng nước mắt; <10mm: thiếu năng nước mắt.

### VI. THEO DÕI

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

### VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ .

## **30. NGHIỆM PHÁP PHÁT HIỆN GLOCOM**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Nghiệm pháp phát hiện glôcom được dùng trong trường hợp bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ glôcom

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân có triệu chứng của glôcom hoặc nghi ngờ mắc glôcom mà nhãn áp không cao.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ để thực hiện nghiệm pháp

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Nghiệm pháp giãn đồng tử : tra thuốc giãn đồng tử Homatropin 1% ( nước ), neosynephrin 10% ( nước ) .( Không dung atropin vì tác dụng kéo dài có thể gây cơn glôcom góc đóng cấp sau thử nghiệm )

- Nghiệm pháp uống nước : Cho bệnh nhân uống 1 cốc nước đầy khoảng 350 - 500ml trong 5-10 phút

- Nghiệm pháp pilocarpin : nhỏ dung dịch pilocarpin vào mắt nghi ngờ .

- Lưu ý : Đo nhãn áp trước và sau làm nghiệm pháp . Dương tính: nếu nhãn áp sau thử nghiệm > 5mmHg so với nhãn áp trước thử nghiệm hoặc nhãn áp sau thử nghiệm > 25 mm Hg. Nghi ngờ nếu nhãn áp sau thử nghiệm > nhãn áp trước thử nghiệm 4- 5 mm Hg.

Glôcôm góc đóng: các nghiệm pháp đều có thể áp dụng nhưng chủ yếu là các nghiệm pháp làm giãn đồng tử.

Glôcôm góc mở: nghiệm pháp uống nước và nghiệm pháp pilocarpin.

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh tại chỗ.

## **31. TIÊM NỘI NHÃN (KHÁNG SINH, ANTI VEGF, CORTICOID...)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tiêm nội nhãn gồm tiêm thuốc vào tiền phòng và tiêm thuốc vào buồng dịch kính là phương pháp điều trị một số bệnh nhãn khoa.
- Tiêm nội nhãn giúp đạt nồng độ thuốc tối đa trong nhãn cầu và hạn chế các tác dụng toàn thân của thuốc.
- Các nhóm thuốc thường được dùng tiêm nội nhãn hiện nay là:
  - + Nhóm kháng sinh: vancomycin, ceftazidim, amikacin, amphotericin B ...
  - + Nhóm chống viêm: dexamethason, triamcinolon...
  - + Thuốc chống tăng sinh tân mạch: bevacizumab, pegaptanib, ranibizumab ...

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Hiện vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

### **3. Người bệnh**

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

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Tiến hành**

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

Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

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

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

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.
- Sử dụng kim 26 - 27G (đối với triamcinolon và macugen) hoặc 30G (đối với các kháng sinh, dexamethason hoặc avastin).
- Tiêm xuyên qua vùng pars plana, cách rìa giác mạc 3, 5mm với mắt còn thể thủy tinh hoặc 3mm với mắt đã lấy thể thủy tinh (hoặc đã đặt thể thủy tinh nhân tạo).



- Hướng mũi kim về phía cực sau của nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh (trong các trường hợp còn thể thủy tinh), xuyên kim khoảng 5 - 7mm (khoảng 1/2 chiều dài kim), kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính (qua sinh hiển vi nếu có), bơm thuốc vào nội nhãn.
- Sau khi rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

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

## **VI. THEO DÕI**

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

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

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

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

- Xuất huyết tiền phòng : tiêu máu ,kháng viêm
- Tăng nhãn áp : thuốc hạ nhãn áp
- Đục thể thủy tinh.

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

- Viêm nội nhãn.
- Xuất huyết dịch kính.

- Tắc động mạch trung tâm võng mạc.
- Tăng nhãn áp.
- Bong võng mạc.

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

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

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

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

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

1. Vancomycin: 1mg/ 0,1ml dịch tiêm.

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

2. Ceftazidim 2,5mg/ 0,1ml dịch tiêm.

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

3. Amikacin: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

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

4. Gentamycin: 0,2mg/0,1ml dịch tiêm.

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

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

## **32. QUANG ĐÔNG VÕNG MẠC BẰNG LASER**

### **I, ĐẠI CƯƠNG**

Quang đông võng mạc bằng laser là sử dụng tia laser có bước sóng phù hợp với phổ hấp thụ của lớp biểu mô sắc tố võng mạc để làm đông các lớp tế bào gây sẹo dính giữa lớp hắc mạc và võng mạc.

### **II, CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị và dự phòng bong võng mạc: vết rách võng mạc hoặc lỗ võng mạc; Thoái hóa võng mạc; Mất thứ hai của những người cận thị nặng có nhiều thoái hóa hỗn hợp mà mắt kia đã bị bong võng mạc; Dây chằng trong dịch kính gây co kéo võng mạc...

Điều trị thiếu máu võng mạc

- Điều trị tân mạch võng mạc: bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già, sau khi bị viêm hắc võng mạc; Tân mạch đĩa thị.

### **III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

### **IV, CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

Máy laser có chức năng quang đông: YAG 532nm, Argon, Krypton, Diode... được gắn với máy sinh hiển vi.

#### **3. Người bệnh**

Được thăm khám toàn diện về mắt và toàn thân theo quy định, được giải thích về mục đích và hiệu quả cũng như các biến chứng có thể xảy ra.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

## **V, CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra người bệnh**

Đúng mắt cần điều trị.

### **2. Kiểm tra hồ sơ**

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Tra dẫn đồng tử tối đa**

Bằng các thuốc như mydrin P, neosynephrin 10%....

#### **3.2. Gây tê bề mặt nhãn cầu 2 lần cách nhau 1 - 2 phút.**

Có thể gây tê hậu nhãn cầu nếu người bệnh kích thích, chịu đau kém, vận động mắt nhiều, người bệnh hợp tác kém... nhất là khi quang đông gần hoàng điểm.

#### **3.3. Điều chỉnh các thông số trên máy laser.**

- Nếu là laser diode:

Kích thước vết đốt laser: 200 - 500m.

Thời gian tia laser tác dụng trên võng mạc: 180 - 400ms.

Công suất: 400 - 600mw.

- Nếu là laser YAG 532nm:

Kích thước vết đốt laser: 50 - 500m.

Thời gian tia laser tác dụng trên võng mạc: 100 - 300ms.

Công suất: 80 - 600mw.

#### **3.4. Hướng dẫn người bệnh ngồi vào máy laser, cố định đầu.**

Giải thích để người bệnh hợp tác điều trị.

#### **3.5. Điều chỉnh chùm tia laser qua máy sinh hiển vi khu trú rõ nét trên VM**

#### **3.6. Kiểm tra**

Thử đốt một điểm trên võng mạc chu biên để điều chỉnh các thông số chùm tia. Tùy từng bệnh lý điều chỉnh các thông số laser, khởi điểm sử dụng công suất thấp và tăng dần công suất lên.

Phân loại cường độ gây bỏng hắc - võng mạc:

- Nhẹ (độ I): võng mạc trắng nhẹ.
- Vừa (độ II): võng mạc đục như sương mù.
- Vừa nặng (độ III): võng mạc trắng đục xám.
- Nặng (độ IV): võng mạc đục trắng như lòng trắng trứng luộc, đặc.

Sẩn sóc sau quang đông:

- Băng mắt 6 - 24 giờ nếu phải gây tê hậu nhãn cầu.
- Dùng thuốc giảm đau nhẹ khi có đau. Nếu người bệnh đau nhiều cần kiểm tra có

tăng nhãn áp cấp tính do xuất huyết hắc mạc không.

- Dẫn người bệnh tránh hoạt động mạnh, cúi gập người hay ho nhiều vì có thể gây vỡ các tân mạch trong các bệnh có tân mạch hắc mạc.
- Lưu ý: Luôn hướng dẫn người bệnh nhìn thẳng và xác định mốc vùng cần laser chính xác tránh tia laser vào vùng vô mạch của hoàng điểm.

## **VI, ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI**

- Sẹo laser hình thành sau 3 tuần, kiểm tra bằng máy soi đáy mắt.
- Chụp huỳnh quang võng mạc: xem các vùng tổn thương đã đủ sẹo laser chưa,

nếu chưa đủ cần phải bổ sung thêm.

- Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, phù.

## **VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

### **1. Trong khi quang đông**

- Chảy máu tại vết laser: hạ cường độ laser.
- Xuất huyết võng mạc, dịch kính: ấn kính tiếp xúc lên nhãn cầu làm tăng nhãn áp.

- Ngừng điều trị laser, dùng thuốc giảm đau, an thần, hoặc phải hẹn làm laser buổi khác khi người bệnh đau quá có thể gây sốc.

## **2. Sau khi quang đông**

- Trợt biểu mô giác mạc do kính tiếp xúc: tra kháng sinh, nước mắt nhân tạo, vitamin A...

- Giảm thị lực do phản ứng của mạch máu vùng đĩa thị giác: dùng thêm các thuốc an thần, giảm phù nề, tăng cường tuần hoàn...

- Xuất huyết dịch kính: chờ thời gian cho máu tiêu rồi làm laser tiếp.

- Âm điểm do phù võng mạc: dùng thêm thuốc giảm phù nề.

- Bỏng giác mạc hay thể thủy tinh do không chỉnh nét vết laser trên võng mạc: tra thuốc dinh dưỡng giác mạc, thuốc hạn chế đục thể thủy tinh.

- Liệt cơ mông mắt, thể mi: không nên quang đông nhiều ở vùng võng mạc theo đường kính ngang, các vách ngăn ở võng mạc chu biên nên làm chéch đi.

### **33. TIÊM HẬU NHÃN CẦU**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

##### **2. Phương tiện**

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

##### **3. Người bệnh**

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

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Kiểm tra hồ sơ**

##### **2. Kiểm tra người bệnh**

##### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng da tiêm là 1/3 ngoài mi dưới
- Sát khuẩn vùng tiêm bằng dung dịch betadin 5%. Hoặc cồn



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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

## 34. PHẪU THUẬT MỘNG ĐƠN THUẦN

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

#### 2. Phương tiện

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

#### 3. Người bệnh

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

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Kiểm tra hồ sơ

## **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Tiến hành phẫu thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Tiêm tê cạnh nhãn cầu, thần kinh trên hố.

#### **3.2. Thực hiện kỹ thuật**

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

- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu.
  - Cắt kết mạc dọc 2 bên thân mộng: cắt đến tổ chức kết mạc lành cạnh thân mộng.
  - Cắt ngang đầu mộng:
    - + Với mộng nguyên phát hoặc tái phát nhưng còn nhiều tổ chức kết mạc: cắt cách rìa 2 - 3mm.
    - + Với mộng dính nhiều: cắt sát đầu mộng nơi bám vào giác mạc để tiết kiệm tổ chức kết mạc thân mộng.
  - Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng: phẫu tích tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài để tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc lộ toàn bộ khối xơ mạch (tránh làm thủng, rách kết mạc), cắt bỏ toàn bộ tổ chức xơ mạch.
  - Kẹp, cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cục lệ, đốt cầm máu.
  - Đốt cầm máu củng mạc sát rìa: đủ cầm máu, không đốt cháy củng mạc để tránh gây hoại tử củng mạc.
  - Gọt giác mạc.
  - Gọt phần mộng bám vào giác mạc bằng dao tròn.
  - Gọt bằng diện củng mạc sát rìa: đi dọc theo rìa để lấy củng mạc làm mốc, tránh đi quá sâu gây thủng.
- Yêu cầu sau gọt: bề mặt diện gọt phải nhẵn, không gồ ghề tạo điều kiện cho quá trình biểu mô hóa giác mạc.

- Lấy kết mạc ghép từ rìa trên với diện tích tương đương với diện tích cần ghép mà không gây thiếu kết mạc cùng đồ trên.
- Khâu mảnh ghép kết mạc bằng chỉ 9-0: 2 mũi ở đầu mảnh ghép sát rìa, 2 mũi đầu mảnh ghép xa rìa (4 mũi /4 góc); Khâu sao cho mảnh ghép áp sát mặt củng mạc, khâu dính vào củng mạc và nối tiếp với kết mạc thân mộng còn lại, phần kết mạc vùng rìa sẽ ghép ở phía vùng rìa, phần kết mạc phía cùng đồ sẽ ghép nối với phần kết mạc của thân mộng. Đảm bảo chắc phần biểu mô kết mạc phẳng, không bị khâu cuộn vào bề mặt củng mạc.

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

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

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

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

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

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

## **VI. 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 hóa hoàn toàn.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

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

### **2. Sau phẫu thuật**

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

## **35. PHẪU THUẬT QUẠM (PANAS, CUENOD NATAF)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Quặm mi do sẹo kết mạc biến dạng sụn mi.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

#### **2. Phương tiện**

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

#### **3. Người bệnh**

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ

## 2. Kỹ thuật

### 2.1. Phương pháp Panas

- Rạch da mi và bộc lộ sụn mi:

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

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

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

- Đặt chỉ khâu sụn mi:

+ Đặt 4 nốt chỉ rời nhau, cách quãng đều nhau. Luồn kim từ trên xuống dưới, kim móc vào 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 cặp cầm máu tốt.

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

### 2.2. Phương pháp Trabu

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

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

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

### **2.3. Phương pháp Cuenod Nataf**

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

- Rạch bờ tự do mi mắt bằng dao lam có cán hoặc dao lưỡi nhỏ, đường rạch sâu khoảng 1mm.
- Rạch da cách hàng lông mi 2mm, đường rạch da đi song song với bờ mi từ góc trong ra góc ngoài.
- Bộc lộ sụn, cắt gọt bớt sụn bị cuộn dày lên và thoái hóa theo hình lòng máng dọc theo chiều dài sụn.
- Khâu hình chữ U: đường kim chỉ đi từ bờ mi, móc tựa vào bờ trên của sụn và quay kim trở ra bờ mi, đáy chữ U ở phần trên của sụn.
- Kéo 4 chỉ chữ U nếu chưa đủ vênh có thể bổ sung:
  - + Cắt thêm tam giác da ở phía góc ngoài của mắt tiếp nối đường da đã rạch
  - + Hoặc dùng kẹp kéo bám vào bờ mi ở 2 góc mi.
- Khâu da 3-4 nốt chỉ mũi rời hoặc khâu vắt.
- Băng mắt.



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

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong mổ**

- Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện 2 cực.
- Thủng kết mạc sụn nếu gọt sụn quá sâu: phải dừng lại không làm thủng tiếp.

### **2. Sau mổ**

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



## MỤC LỤC

1. Cắt chỉ khâu giác mạc .....	1
2. Tiêm dưới kết mạc .....	3
3. Lấy dị vật kết mạc .....	5
4. Tiêm cạnh nhãn cầu.....	7
5. Lấy calci kết mạc.....	9
6. Cắt chỉ khâu da mi đơn giản.....	11
7. Cắt chỉ khâu kết mạc .....	13
8. Đốt lông xiêu, nhổ lông xiêu.....	15
9. Bơm rửa và thông lệ đạo .....	16
10. Chích chắp, lẹo, nang lông mi; chích áp xe mi, kết mạc .....	20
11. Thay băng vô khuẩn .....	22
12. Tra thuốc nhỏ mắt .....	23
13. Nặn tuyến bờ mi, đánh bờ mi.....	27
14. Rửa cùng đồ.....	29
15. cấp cứu bỏng mắt ban đầu.....	31
16. Bóc sợi giác mạc, viêm sợi giác mạc .....	34
17. Bóc giả mạc .....	36
18. Rạch áp xe mi.....	38
19. Soi đáy mắt trực tiếp .....	40
20. Soi đáy mắt bằng kính 3 mặt gương .....	42
21. Khám lâm sàng mắt.....	44
22. Chụp đáy mắt không huỳnh quang.....	46
23. Chụp mạch ký huỳnh quang.....	48
24. Đo nhãn áp kế maclakop .....	50
25. Đo khúc xạ máy.....	52
26. Đo thị lực và thử kính.....	54

27. Đo độ lồi mắt bằng thước hertel.....	57
28. Test thử cảm giác giác mạc .....	59
29. Test phát hiện khô mắt ( test shirmer ).....	60
30. Nghiệm pháp phát hiện glacom .....	61
31. Tiêm nội nhãn (kháng sinh, anti vegf,corticoid... ).....	63
32. Quang đông võng mạc bằng laser .....	68
33. Tiêm hậu nhãn cầu .....	72
34. Phẫu thuật mộng đơn thuần.....	74
35. Phẫu thuật quặm (panas, cuenod nataf) .....	78