

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG  
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN



**QUY TRÌNH  
KỸ THUẬT KHÁM CHỮA BỆNH  
CHUYÊN NGHIỆP TẠI MŨI HỌNG-  
MẮT-RĂNG HÀM MẶT**

Mã tài liệu : QT.CKL.01  
Lần ban hành : 01  
Ngày ban hành : 01/12/2025

Soạn thảo	Kiểm soát	Phê duyệt
Khoa Răng hàm mặt Mắt- Tai mũi họng	Phòng KHNV	Giám đốc

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

- Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế
- Quyết định số 3517/QĐ-BYT ngày 22 tháng 11 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế
- Quyết định số 3207/QĐ-BYT ngày 29 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế
- Quyết định số 3517/QĐ-BYT ngày 22 tháng 11 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế

**MỤC LỤC DANH MỤC KỸ THUẬT**

<b>STT</b>	<b>QUY TRÌNH KỸ THUẬT</b>
1	Lấy dị vật mũi
2	Nhét bắc mũi trước
3	Nhét bắc mũi sau
4	Lấy dị vật tai
5	Phương pháp Proetz
6	Lấy dị vật hạ họng
7	Điều trị viêm lợi loét hoại tử cấp
8	Nắn sai khớp thái dương hàm
9	Điều trị viêm lợi ở trẻ em (do mảng bám)
10	Chích áp-xe lợi ở trẻ em
11	Nhổ chân răng sữa
12	Nhổ răng sữa
13	Nhổ chân răng vĩnh viễn
14	Nhổ răng vĩnh viễn lung lay
15	Nhổ răng vĩnh viễn
16	Nhổ răng thừa
17	Cắt lợi xơ cho răng mọc
18	Chích áp- xe lợi
19	Điều trị áp- xe quanh răng cấp
20	Điều trị viêm quanh thân răng cấp
21	Cắt chỉ khâu da mi
22	Chích chấp, lệo
23	Chích áp xe kết mạc
24	Lấy sạn vôi kết mạc
25	Lấy dị vật mi mắt
26	Lấy dị vật giác mạc nông
27	Lấy dị vật kết mạc
28	Đo thị lực
29	Soi đáy mắt trực tiếp

## **1. LẤY DỊ VẬT MŨI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Bông, bác để có thể phải nhét bác hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Tư thế người bệnh**

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

#### **2. Vô cảm**

Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngắn.

#### **3. Kỹ thuật**

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
  - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
  - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
  - + Đặt vào mũi bác có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
  - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
  - + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

+ Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

## **VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argryrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.
- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

# **2. NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC**

## **I. ĐỊNH NGHĨA**

Dùng bấc (mèche) nhét chèn chặt vào hốc mũi qua cửa mũi trước.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chảy máu mũi trước (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếu qua cửa mũi trước) không cầm được bằng những biện pháp đơn giản.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Bấc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, dầu gômênôn.

### **3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.
- Được kiểm tra mạch, huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

## **V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

### **1. Vô cảm**

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

### **2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

### **3. Kỹ thuật**

- Hút máu đông trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu.
- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mỡ vào hốc mũi theo hình đèn xếp từ sau ra trước, chú ý làm võng và nhét chặt ngay từ đầu cho đến khi đầy. Nếu dùng merocel đẩy merocel dọc sàn mũi từ trước ra sau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.
- Đè lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.

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

### **1. Theo dõi**

- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau, cầm máu, chống phù nề
- Rút bấc tối đa sau 48 giờ.

### **2. Xử trí**

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật, dùng thuốc an thần, trợ tim mạch.
- Tuột bấc xuống họng do không làm võng hoặc nhét không chặt: nhét lại bấc, chú ý làm võng và nhét chặt ngay từ đầu.
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: kiểm tra hốc mũi bên kia xem có chảy máu không, kiểm tra lại xem nhét bấc có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theo chảy máu mũi sau phải nhét bấc mũi sau.

## **3. NHÉT BẮC MŨI SAU**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Dùng bấc (đã cuộn lại) chèn chặt vào cửa mũi sau qua đường miệng.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chảy máu mũi sau (người bệnh ngòì, máu chảy chủ yếu xuống họng).

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

### **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

### **2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.
- Nguồn sáng (đèn Clar).
- Máy hút.
- Cuộn gạc chặt, kích thước 2 cm đường kính, chiều ngang 3 - 3,5 cm, có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lạnh to, bắc mũi hoặc merocel.
- Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraffin, gomenol.

### **3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.
- Kiểm tra mạch, huyết áp.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Vô cảm**

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

### **2. Tư thế**

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

### **3. Kỹ thuật**

- Hút máu đông ở hai bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.
- Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng, kéo qua mồm bằng kim Kocher.
- Buộc 2 trong số 4 đầu chỉ của cuộn gạc đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầu ống sonde.
- Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải đẩy cuộn gạc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.
- Nhét bắc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).
- Cố định cuộn gạc bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.
- Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.
- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

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

### **1. Theo dõi**

- Mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

- Giảm đau cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.
- Rút bấc sau 48 giờ.

## 2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ cho người bệnh, dùng thuốc an thần, trợ tim.
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: có thể vì cuộn bấc quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải

## 4. LẤY DỊ VẬT TAI

### I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.
- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

### II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

#### 2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37 - 38°C).

#### 3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
  - + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
  - + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
  - + Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

- + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
- + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sung nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

## **2. Dị vật sống**

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.
- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

## **VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.
- Nếu làm sây sát, chảy máu: phải đặt bắc thấm dầu + kháng sinh.
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.
- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

## **5. PHƯƠNG PHÁP PROETZ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phương pháp Proetz còn được gọi là phương pháp đổi thể giúp cho điều trị xoang sau (xoang sàng và xoang bướm).

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Hút rửa và đưa thuốc vào xoang sau khi lỗ thông xoang bít tắc không hoàn toàn.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi viêm xoang có biến chứng (đau đầu, nhìn mờ, sưng tấy quanh ổ mắt).

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ hay Điều dưỡng học định hướng Tai Mũi Họng.

#### **2. Phương tiện**

- Dụng cụ:
  - + Kẹp khuỷu
  - + 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 ml để lấy nước muối sinh lý)
  - + Máy hút
  - + Ampu
- Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

### 3. Người bệnh

Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.
- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.
- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê để buồm hàm đẩy kín đường

xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

## 6. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng.

### II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong hạ họng.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

#### 2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

#### 3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).
- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

##### **3.1. Vô cảm**

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

##### **3.2. Tư thế người bệnh**

Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản).

##### **3.3. Kỹ thuật**

###### **3.3.1. Soi gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael**

- Người bệnh ngồi.
- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.
- Gấp dị vật bằng kìm Frankael.

###### **3.3.2. Soi gấp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng**

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.
- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.
- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.
- Gấp dị vật bằng kìm gấp dị vật hạ họng.

### **VI. THEO DÕI**

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần.
- Điều trị tràn khí nếu có.
- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

## **7. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG.**

Viêm lợi loét hoại tử cấp có thể không liên quan với các bệnh lợi khác nhưng cũng có thể gặp ở các người bệnh viêm lợi mạn.

Viêm lợi loét hoại tử cấp hay gặp ở những người suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng và vệ sinh răng miệng kém

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi loét hoại tử cấp

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

### **4. CHUẨN BỊ**

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

#### 4.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ nha chu

Bộ dụng cụ khám

Các thuốc điều trị.

#### 4.3 Người bệnh

Được giải thích các vấn đề liên quan tới bệnh

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

#### 5.1. **Lần 1:** Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính

Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông

Giảm đau tại chỗ

Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương

Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm

Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm

Cho người bệnh súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1

Cho người bệnh súc miệng clohexidine 0,12 % , mỗi ngày 2 lần

Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.

\*Lưu ý:

- Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
- Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
- Hướng dẫn người bệnh:
  - + Xúc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1
  - + Xúc miệng chlohexidine 0,12 % , mỗi ngày 2 lần.
  - + Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.
  - + Hạn chế chải răng
  - + Tránh gắng sức quá mức

**5.2 Lần 2:** Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng người bệnh và tình trạng tổn thương.

Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương thương đang hồi phục.

- Hướng dẫn người bệnh như lần 1.

**5.3. Lần 3:** Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng
- Hướng dẫn người bệnh
  - + Ngừng xúc miệng nước oxy già
  - + Duy trì xúc miệng chlohexidine 0,12 % thêm 2 đến 3 tuần
  - + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Sau điều trị: Nhiễm trùng lan rộng: kháng sinh toàn thân

## **8. NẪN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG.**

Là kỹ thuật điều trị nhằm tái lập lại mối tương quan bình thường giữa lõi cầu xương hàm dưới với hõm khớp của xương thái dương

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Sai khớp thái dương hàm

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

### **4. CHUẨN BỊ**

4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

## 4.2. Phương tiện

### 4.2.1 Phương tiện và dụng cụ

Ghế ngồi có tựa lưng, tựa đầu

Thuốc và vật liệu, băng chun , gạc vô khuẩn ,thuốc tê....

## 4.3 Người bệnh

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

## 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

Các bước kỹ thuật

### 5.1 Sát khuẩn.

### 5.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Để người bệnhngồi trên ghế thấp, đầu
- Lưng thẳng,tựa chắc hoặc được giữ chắc.
- Bác sỹ đứng trước người bệnh.
- Xoa nắn vùng cơ cắn hai bên.

### 5.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

+ Bác sỹ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cảnh ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

- Nắn từng bên một:

+ Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cảnh ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

+ Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

### 5.4. Cố định hàm dưới:

- Dùng băng chun băng cầm - dính để cố định hàm dưới.
- Cố định trong thời gian 1 tuần.

## 6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**Trong khi làm thủ thuật:**

Choáng do đau: tạm dừng và điều trị chống choáng.

**9. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM (DO MẢNG BÁM)****1. ĐẠI CƯƠNG.**

Viêm lợi ở trẻ em có nhiều thể bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra. Bài này giới thiệu kỹ thuật điều trị viêm lợi ở trẻ em do mảng bám.

Điều trị viêm lợi trẻ em do mảng bám là kỹ thuật điều trị viêm lợi và loại bỏ các yếu tố kích thích của vi khuẩn ở mảng bám răng.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi trẻ em do mảng bám.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**4. CHUẨN BỊ****4.1 Người thực hiện**

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

**4.2. Phương tiện****4. 2.1. Phương tiện và dụng cụ:**

Ghế máy nha khoa

Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.

Bộ dụng cụ lấy cao răng.

Bộ dụng cụ làm sạch mảng bám....

**4.2.2. Thuốc và vật liệu:**

Bông, gạc vô khuẩn.

Thuốc tê.

Dung dịch oxy già 3 thể tích....

**4.3 Người bệnh**

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

**4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định**

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### 5.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tê thấm nếu cần.
- Lấy cao răng nếu có bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch mảng bám răng.
- Làm nhẵn mặt răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Lau rửa vùng lợi viêm bằng dung dịch oxy già 3 thể tích .
- Hướng dẫn người bệnh hoặc người giám hộ cách giữ vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng

### 6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau điều trị: Nhiễm trùng dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

## 10. CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM

### 1. ĐẠI CƯƠNG.

Là kỹ thuật mở, dẫn lưu mủ từ ổ áp xe khu trú ở lợi. Áp-xe lợi là tổn thương nhiễm trùng đã hình thành mủ có thể do viêm lợi, hoặc các nguyên nhân khác....

### 2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe lợi.

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 3.2. Phương tiện

##### 3. 2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.
- Bơm tiêm
- Dụng cụ chích áp-xe

##### 3.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát trùng Betadine, nước muối sinh lý....

#### 3.3 Người bệnh

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

#### 3.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn

- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ

- Mở áp-xe và dẫn lưu mủ:

+ Xác định điểm mở dẫn lưu mủ.

+ Mở áp-xe: dùng dụng cụ thích hợp mở thông vào ổ áp-xe.

+ Ép nhẹ để dẫn lưu mủ.

+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc dung dịch oxy già 3 thể tích.

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

- Sau quá trình điều trị:

Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

### **11.NHỔ CHÂN RĂNG SỮA**

#### **1.ĐẠI CƯƠNG.**

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng sữa ra khỏi huyết ổ răng, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn trong khoang miệng và tạo khoảng cho răng vĩnh viễn mọc.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Còn chân răng sữa ở thời kỳ mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Còn chân răng sữa khi đã mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Chân răng sữa là nguyên nhân gây viêm nhiễm tại chỗ.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

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

#### **4. CHUẨN BỊ**

4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

4. 2. Phương tiện

4. 2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ nhổ chân răng sữa....

#### 4.2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Băng, gạc vô khuẩn....

#### 4.3 Người bệnh

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

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Nhổ chân răng sữa:
  - + Tách lợi.
  - + Dùng kim hoặc bẫy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
  - + Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cẩn gạc cầm máu.

### 5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

#### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: Điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.

#### 5.2. Sau khi làm thủ thuật

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

## 12.NHỔ RĂNG SỮA

### 1.ĐẠI CƯƠNG.

Là kỹ thuật điều trị nhổ bỏ răng sữa, tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc đúng thời kỳ sinh lý và vị trí trên cung hàm.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa đến tuổi thay.

Răng sữa gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

#### **4. CHUẨN BỊ**

##### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

##### 4.2. Phương tiện

###### 4.2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: gương, gắp.... - Bộ dụng cụ nhổ răng sữa....

###### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Băng, gạc vô khuẩn....

##### 4.3 Người bệnh

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

##### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

##### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Nhổ răng:
  - + Tách lợi.
  - + Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
  - + Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cẩn gạc cầm máu.

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

##### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: Điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.

##### 5.2. Sau khi làm thủ thuật

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

### **13.NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN**

#### **1.ĐẠI CƯƠNG.**

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và còn là ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Các chân răng còn lại do sâu răng
- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

#### **4. CHUẨN BỊ**

##### **4.1 Người thực hiện**

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

##### **4. 2. Phương tiện**

###### **4. 2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

###### **4.2.2. Thuốc**

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn

##### **4.3 Người bệnh**

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

##### **4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định**

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng
- Dùng kim thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cầm máu.

### 5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

#### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

#### 5.2. Sau khi làm thủ thuật

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

## 14. NHỎ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY

### 1. ĐẠİ CƯƠNG.

Nhỏ răng vĩnh viễn lung lay để loại bỏ các răng không còn chức năng ăn nhai hoặc loại bỏ các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trong khoang miệng

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Răng lung lay quá mức không còn chức năng ăn nhai
- Răng có bệnh lý vùng quanh răng không còn khả năng điều trị bảo tồn
- Các trường hợp sang chấn không có chỉ định bảo tồn.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 4.2. Phương tiện

##### 4.2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

#### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn

#### 4.3 Người bệnh

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

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

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

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc
- Dùng kim phù hợp lấy răng ra khỏi huyết ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng
- Cầm máu

### 5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

#### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

#### 5.2. Sau khi làm thủ thuật

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

## 15. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN

### 1. ĐẠI CƯƠNG.

Răng vĩnh viễn có chỉ định nhổ là tình trạng thường gặp trên lâm sàng để loại bỏ các răng bệnh lý không thể điều trị bảo tồn được hoặc để điều trị nắn chỉnh các răng lệch lạc.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Các răng có bệnh quanh răng nặng không thể điều trị bảo tồn được.

- Các răng sâu mất nhiều mô cứng không còn khả năng bảo tồn.
- Các răng lung lay quá mức không điều trị bảo tồn được.
- Các răng thừa.
- Răng mọc lạc chỗ
- Các răng bị chấn thương mất mô cứng vùng thân răng hoặc gãy chân răng không điều trị bảo tồn được.
- Các răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

### **4. CHUẨN BỊ**

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 4.2. Phương tiện

##### 4.2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

##### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn

#### 4.3 Người bệnh

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

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

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

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ

- Tách nẹp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.
- Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
- Cầm máu.

## **5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **5.1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sóc: Điều trị sóc
- Chảy máu: Cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chân răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.
- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

### **5.2. Sau khi làm thủ thuật**

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh toàn thân.
- Chảy máu: cầm máu

## **16. NHỔ RĂNG THỪA**

### **1. ĐẠI CƯƠNG.**

Các răng thừa thường không có chức năng và còn gây ảnh hưởng thẩm mỹ, là nguyên nhân làm lệch lạc răng và rối loạn khớp cắn. Vì vậy, trong hầu hết các trường hợp cần nhổ bỏ các răng thừa.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Răng thừa không có chức năng thay thế răng khác
- Răng thừa mọc ngoài cung răng
- Răng thừa có hình thể bất thường gây ảnh hưởng thẩm mỹ - Răng thừa là nguyên nhân gây lệch lạc răng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1 Người thực hiện**

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### **4.2. Phương tiện**

#### 4. 2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

#### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn

#### 4.3 Người bệnh

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

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

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

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.
- Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
- Cầm máu.

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

#### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: Điều trị sốc
- Chảy máu: Cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.
- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

5.2. Sau khi làm thủ thuật

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh toàn thân.
- Chảy máu: cầm máu

## 17. CẮT LỢI XƠ CHO RĂNG MỌC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt nếp niêm mạc xơ cho răng mọc là kỹ thuật cắt bỏ phần nếp niêm mạc xơ cản trở mọc răng, giúp cho răng mọc được bình thường

### 2. CHỈ ĐỊNH

Các răng vĩnh viễn nằm dưới nếp niêm mạc không thể tự mọc ra khỏi cung hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 4.2. Phương tiện

##### 4.2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

##### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn

#### 4.3 Người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng nếp niêm mạc xơ cần phẫu thuật.

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

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

#### 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch và cắt bỏ niêm mạc nếp niêm mạc xơ ở vùng trên răng mọc.
- Tách và kiểm soát niêm mạc nếp niêm mạc xơ đảm bảo đủ chỗ cho răng mọc

### 5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

#### 5.1. Trong khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

#### 5.2. Sau khi làm thủ thuật

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

## 18. CHÍCH APXE LỢI

### 1.ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị áp xe lợi bằng chích và dẫn lưu mủ

### 2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe lợi

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 4. 2. Phương tiện

##### 4. 2.1. Dụng cụ

- Bơm, kim tiêm.
- Dụng cụ chích và dẫn lưu mủ.

##### 4.2.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Dung dịch oxy già 10 thể tích, bông gạc...

#### 4.3 Người bệnh

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

#### 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra người bệnh.

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

##### **4.1 Thực hiện kỹ thuật**

- Xác định vùng chuyển sóng.

- Gây tê tại chỗ.

- Trích áp xe:

+ Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng.

+ Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu mủ.

+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc ôxy già 3 thể tích.

+ Phủ bằng gạc.

+ Sau khi ngừng chảy máu cho người bệnh .

+ Hướng dẫn người bệnh trong 24h đầu, súc miệng nước muối ấm 2 giờ một lần.

+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

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

Thường không có tai biến.

### **19. ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG CẤP**

#### **1.ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị dẫn lưu mủ và kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng ở vùng quanh răng.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

Áp xe quanh răng cấp

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

#### **4. CHUẨN BỊ**

##### **4.1 Người thực hiện**

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

##### **4. 2. Phương tiện**

###### **4. 2.1. Dụng cụ**

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

- Bơm, kim tiêm.

- Dụng cụ trích rạch áp xe....

## 4.2.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn.
- Dung dịch nước muối sinh lý...

## 4.3 Người bệnh

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

## 4.4 Hồ sơ bệnh án theo quy định

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định

**4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng quanh răng

## 4.1 Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vị trí ổ mủ và vùng chuyên sóng để chọn được đường dẫn lưu.
- Tùy từng trường hợp mà có thể đi đường thành trong túi lợi tương ứng ổ áp xe hoặc dùng đường rạch bên ngoài túi lợi:

## 4.2. Dẫn lưu qua túi lợi:

- Dùng thám châm hoặc dụng cụ có đầu nhỏ dẹt ép vào thành túi lợi tương ứng với ổ áp xe.

- Dùng thám châm thâm nhập vào ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

## 4.3. Dẫn lưu qua đường rạch bên ngoài:

Khi áp xe quanh răng khó dẫn lưu qua đường túi lợi hoặc thấy rõ ở phía ngoài lợi thì dẫn lưu bằng đường rạch bên ngoài

- Cách ly làm khô và sát trùng
- Gây tê tại chỗ.

- Dùng dao rạch đường rạch đứng qua phân di động nhất của tổn thương đi từ lợi niêm đến bờ lợi. Nếu chỗ sung phòng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sung phòng phía cuống răng và mở rộng đến bờ lợi.

- Rạch đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mủ:

+ Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu.

+ Bơm rửa bằng nước ấm.

+ Làm khô và chấm thuốc sát khuẩn

- Sau khi hết các triệu chứng cấp thì điều trị theo quy trình điều trị áp xe quanh răng mạn tính.

**5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Sau quá trình điều trị.

Chảy máu: Cầm máu

Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

## **20. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Các trường hợp răng khôn có thân răng không được bộc lộ và bị bao phủ bởi vạt quanh thân răng, là nguyên nhân gây ra các đợt viêm cấp.

Điều trị viêm quanh thân răng cấp nhằm làm giảm mức độ viêm cấp của tổ chức quanh răng bằng biện pháp dẫn lưu mủ kết hợp với điều trị kháng sinh, chống viêm toàn thân.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Viêm quanh thân răng cấp

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### 4.1 Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

Người phụ giúp.

#### 4.2. Phương tiện

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Thuốc tê.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn

#### 4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

#### 5.4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### 5.1 Thực hiện kỹ thuật

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.
- Dùng cây lấy cao răng nâng nhẹ vạt tách ra khỏi răng, dùng gạc sát khuẩn lau bên trong túi nếp niêm mạc lấy đi cặn bên dưới túi nếp niêm mạc.
- Bơm rửa lại túi nếp niêm mạc bằng nước ấm.
- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mủ, rạch phần nếp niêm mạc trùm theo chiều trước sau để dẫn lưu.
- Dùng kháng sinh toàn thân.

- Sau khi các triệu chứng cấp đã thuyên giảm, tùy từng trường hợp có thể nhổ răng hoặc cắt nếp niêm mạc tràm.

## **5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

5.1. Trong quá trình phẫu thuật.

Chảy máu: Cầm máu

5.2. Sau phẫu thuật

Nhiễm trùng dùng kháng sinh chống viêm

Chảy máu: Cầm máu

## **21.CẮT CHỈ KHÂU DA MI**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu da mi là kỹ thuật cắt và rút bỏ mũi chỉ đã khâu da mi trước đó, thường được thực hiện sau khâu da mi 7 đến 10 ngày để sẹo da liền tốt, đẹp hơn, tránh biến chứng u hạt.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Vết khâu da mi đã liền tốt.

- Áp xe chân chỉ

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết khâu da chưa đóng.

### **4. THẬN TRỌNG**

Vết thương đang nhiễm trùng.

### **5. CHUẨN BỊ**

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ.

- Thuốc kháng sinh, kháng viêm (nếu cần).

- Thuốc sát trùng. - Dung dịch đẳng trương (nước muối sinh lý nhỏ mắt, ...).

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi.

- Găng tay vô trùng.

Găng tay sạch (găng khám).

- Tăm bông

- Bông vô trùng.

- Gạc vô trùng.

- Băng dính.

- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.
- Kính lúp.
- Sinh hiển vi phẫu thuật (khi thực hiện tại phòng phẫu thuật).

#### 5.4. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật và các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: người bệnh được rửa mắt và đánh dấu mắt cần thực hiện kỹ thuật trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật hoặc phẫu thuật, buồng bệnh:
  - + Tiến hành vô cảm nếu cần (xem QTKT vô cảm).
  - + Sát trùng vùng da mi cần thực hiện kỹ thuật.

#### 5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:
  - + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
  - + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
  - + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

#### 5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh.

#### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Kẹp chỉ đồng thời cắt đứt chỉ khâu.

6.2. Bước 2: Kẹp và rút sợi chỉ ra.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn lại vùng vết khâu da mi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

### 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Tồn thương da và mô dưới da: cầm máu, băng ép.
- Hở vết thương: khâu lại vết thương nếu cần

**7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

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

**7.3. Biến chứng muộn Sẹo xấu, sẹo lồi (do cắt chỉ sớm vết thương chưa liền hẳn):**  
cắt lọc, khâu lại vết thương.

## **22. CHÍCH CHẮP, LỌ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Chích cháp, lọ là kỹ thuật nhằm nạo sạch tổ chức viêm của cháp hoặc lọ đã hóa mủ, không đáp ứng với điều trị nội khoa, giúp bỏ ổ cháp, lọ giảm viêm, giảm đau, giảm sung tấy cho người bệnh, cải thiện thẩm mỹ cho mi.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Lọ khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng, sau khi người bệnh đã được dùng kháng sinh, chống viêm.
- Cháp mi gồ cao gây kích thích hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định tương đối khi tình trạng toàn thân không cho phép.
- Cháp, lọ đang viêm cấp chưa hình thành ổ áp xe.

### **4. THẬN TRỌNG**

Thận trọng đối với những người bệnh đang dùng thuốc chống đông máu.

### **5. CHUẨN BỊ**

**5.1. Người thực hiện:** Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

**5.2. Thuốc**

- Thuốc tê tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân (nếu cần).
- Nước mắt nhân tạo (nếu cần).
- Dinh dưỡng tại chỗ (nếu cần).
- Thuốc sát trùng da.
- Nước muối sinh lý nhỏ mắt.

**5.3. Thiết bị y tế**

- Bộ dụng cụ chích cháp, lọ.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.
- Các loại săng vô trùng.
- Găng tay sạch (găng khám).

- Tắm bông.
- Bông vô trùng.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.

#### 5.4. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải săng vô khuẩn nếu cần

#### 5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:
  - + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
  - + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
  - + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

#### 5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

#### 5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật.

#### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Dùng cặp cố định chuyên dụng, cố định chắp hoặc lệo, chú ý vận ốc vừa phải. 6.2. Bước 2: Dùng dụng cụ chuyên dụng rạch kết mạc mi (đường rạch trong) hoặc da mi (đường rạch ngoài) ở vị trí chắp hoặc lệo. Nếu rạch ngoài: đường rạch song song với bờ mi, nêu rạch trong: đường rạch vuông góc với bờ mi.

6.3. Bước 3: Nếu có bục xơ, tránh làm vỡ bục chắp, phẫu tích lấy gọn bục chắp.

6.4. Bước 4: Nếu vết rạch da quá 5mm, khâu 1-2 mũi.

6.5. Bước 5: Sát trùng, vệ sinh vết thương, bôi mỡ kháng sinh.

#### 6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, lưu hồ sơ phiếu thực hiện kỹ thuật.

- Hướng dẫn người bệnh: thay băng sau 3 giờ; tra thuốc; uống thuốc theo đơn bác sĩ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (nếu cần).

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.
- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

### **7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.
- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

### **7.3. Biến chứng muộn Hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.**

## **23. CHÍCH ÁP XE KẾT MẠC**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Chích áp xe kết mạc là kỹ thuật chích tháo bỏ mủ ở ổ áp xe kết mạc.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Chích áp xe khi xuất hiện ổ khu trú, có thể có điểm mủ trắng hoặc tạo thành nang bọc dưới kết mạc.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe còn sưng tấy nhiều.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa cho phép thực hiện kỹ thuật.

### **4. THẬN TRỌNG**

Thận trọng đối với những trường hợp người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

#### **5.2. Thuốc**

- Thuốc tê tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm toàn thân (nếu cần).
- Nước mắt nhân tạo.
- Dinh dưỡng tại chỗ, toàn thân (nếu cần).
- Thuốc sát trùng da, bề mặt nhãn cầu.

- Dung dịch đẳng trương (nước muối sinh lý nhỏ mắt).
- Thuốc theo bệnh lý toàn thân (nếu có).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay vô trùng.
- Găng tay sạch (găng khám).
- Tăm bông, bông gạc vô trùng, bơm tiêm.
- Băng dính.
- Dao chích áp xe.
- Đầu đốt cầm máu kết mạc, dây đốt (nếu cần).
- Chỉ khâu (nếu cần).
- Đèn gù hoặc đèn trần, kính lúp hoặc máy sinh hiển vi.
- Máy đốt điện (nếu cần).
- Bộ dụng cụ sát trùng.
- Bộ dụng cụ chích áp xe.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.

### 5.4. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trái sáng vô khuẩn.
- + Sát khuẩn mắt được thực hiện kỹ thuật, trái sáng vô khuẩn, dán mi (nếu có), đặt vành mi.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:
  - + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
  - + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
  - + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.2 Bước 1: Nếu ổ áp xe ở kết mạc mi: dùng kẹp cố định ổ áp xe (tương tự kẹp cố định chấy). 6.2 Bước 2: Rạch chính giữa ổ áp xe theo hướng song song với mạch máu kết mạc, tháo mũ trong ổ áp xe. Nếu vết rạch quá 5mm có thể khâu phục hồi 1-2 mũi bằng chỉ khâu phẫu thuật (ví dụ: chỉ nylon..).

### 6.3 Bước 3

- Tra dung dịch sát khuẩn bề mặt nhãn cầu và mỡ kháng sinh (có thể có chống viêm).
- Băng ép.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân nếu có bất thường.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng.

### 7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.
- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.

### 7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.
- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

## 24. LẤY SẠN VÔI KẾT MẠC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấy sạn vôi kết mạc là kỹ thuật sử dụng dụng cụ chuyên biệt để loại bỏ các khối lắng đọng chất calci (sạn vôi) ở dưới lớp kết mạc mi hoặc kết mạc cùng đồ của nhãn cầu, mà không gây tổn thương đến cấu trúc nhãn cầu. Kỹ thuật này giúp giảm các triệu chứng khó chịu như cộm, đỏ mắt, chảy nước mắt do sạn vôi gây ra, đồng thời phòng tránh những biến chứng gây tổn thương bề mặt nhãn cầu.

- Sạn vôi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân chưa được biết rõ ràng, có thể do cơ địa của mỗi người.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sạn vôi nông ở kết mạc mi hoặc kết mạc cùng đồ, trôi lên bề mặt kết mạc, gây cộm vướng do cọ sát và tổn thương bề mặt nhãn cầu.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sạn vôi ở sâu, chìm dưới kết mạc.

## 4. THẬN TRỌNG: Không.

## 5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm toàn thân (nếu cần).
- Nước mắt nhân tạo.
- Dinh dưỡng tại chỗ, toàn thân (nếu cần).
- Thuốc sát trùng da, bề mặt nhãn cầu.
- Dung dịch đẳng trương (nước muối sinh lý nhỏ mắt, ...).
- Thuốc theo bệnh lý toàn thân (nếu có).

5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay vô trùng.
- Găng tay sạch (găng khám).
- Tăm bông, bông gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Kim lấy sạn vôi (26G, 30G,...).
- Máy sinh hiển vi hoặc kính lúp đội đầu, đèn gù hoặc đèn trần.
- Kẹp vi phẫu.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trái sáng vô khuẩn nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:

- + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
- + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
- + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tư thế người bệnh: người bệnh có thể ngồi trên ghế, tỳ cằm sát trán vào giá đỡ, mắt nhìn thẳng vào đèn sinh hiển vi hoặc nằm trên bàn thực hiện kỹ thuật, mắt hướng thẳng nhìn vào sinh hiển vi phẫu thuật.

6.2. Bước 2: Quan sát kiểm tra vị trí sạn vôi. Lấy sạn vôi lần lượt ở các vị trí bằng kim nhỏ hoặc kẹp vi phẫu.

6.3. Bước 3: Tra thuốc sát khuẩn, mỡ kháng sinh.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi sau thực hiện kỹ thuật nếu cần.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân nếu có bất thường.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng.

7.2. Tai biến

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng toàn thân, tại chỗ.
- Chảy máu: băng ép cầm máu.

## 25.LẤY DỊ VẬT MI MẮT

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật mi mắt là kỹ thuật lấy dị vật nằm trong hoặc bám trên mô mi, với đặc điểm, vị trí và kích thước khác nhau. Dị vật mi mắt này có thể gây khó chịu, viêm, tổn thương mô hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. Mục đích của kỹ thuật lấy dị vật là loại bỏ hoàn toàn dị vật, giảm triệu chứng khó chịu, ngăn ngừa nhiễm trùng và biến chứng lâu dài. Nguyên lý là xác định chính xác vị trí và đặc điểm dị vật, lựa chọn phương pháp lấy phù hợp (rạch

da, bóc tách hoặc gấp bỏ), mức độ can thiệp sẽ phụ thuộc vào độ sâu, kích thước và nguy cơ tổn thương các cấu trúc xung quanh.

## **2. CHỈ ĐỊNH**

Những trường hợp dị vật của mi, đặc biệt những trường hợp dị vật có nguy cơ gây ra biến chứng.

## **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

## **4. THẬN TRỌNG**

Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường ...).

## **5. CHUẨN BỊ**

### 5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

### 5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm tại chỗ.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm toàn thân (nếu cần).
- Nước mắt nhân tạo.
- Dinh dưỡng tại chỗ, toàn thân (nếu cần).
- Thuốc sát trùng da, bề mặt nhãn cầu.
- Dung dịch đẳng trương (nước muối sinh lý nhỏ mắt, ...).
- Thuốc theo bệnh lý toàn thân (nếu có).

### 5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sát trùng mi và mắt.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Mũ phẫu thuật viên.
- Khẩu trang vô trùng.
- Găng tay vô trùng.
- Găng tay sạch (găng khám).
- Tăm bông.
- Bông vô trùng.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Dao điện.

- Đầu đốt.
- Dao phẫu thuật.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.
- Kính lúp đội đầu hoặc sinh hiển vi phẫu thuật.
- Máy đốt điện lưỡng cực.

#### 5.4. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải săng vô khuẩn.

#### 5.5. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:
- + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
- + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
- + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.

#### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng mắt, đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật.

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở da mi vị trí gần dị vật nhất, nếu dị vật sâu, gần những nếp tự nhiên có thể rạch da mi theo đường nếp mi.

6.2. Bước 2: Phẫu tích tổ chức xung quanh để bộc lộ dị vật.

6.3. Bước 3: Lấy dị vật mi bằng pince gấp.

6.4. Bước 4: Cầm máu nếu cần thiết, rửa lại vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (povidone-iodine 5%). Nếu nghi ngờ có những dị vật nhỏ như bụi, mảnh nhỏ đất đá, có thể sử dụng dung dịch oxy già hoặc dung dịch đẳng trương để làm sạch vết thương.

6.5. Bước 5: Khâu lại mép mổ nếu cần. Tra thuốc sát khuẩn, mỡ kháng sinh. Băng mắt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi**

- Theo dõi toàn thân nếu có bất thường.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng.

### **7.2. Tai biến**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân, tại chỗ.
- Chảy máu: băng ép cầm máu.

## **26.LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC NÔNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật giác mạc nông là kỹ thuật loại bỏ vật thể lạ nằm trên bề mặt giác mạc hoặc cắm một phần vào giác mạc với độ sâu dưới 1/3 bề dày giác mạc. Thực hiện kỹ thuật bằng cách dùng cụ chuyên dụng, nhẹ nhàng loại bỏ dị vật dưới sinh hiển vi, đảm bảo vô trùng để tránh tổn thương và nhiễm trùng bề mặt giác mạc. Mục đích chính của kỹ thuật là làm giảm nhanh các triệu chứng khó chịu như chói, cộm, đau nhức mắt, chảy nước mắt, ..., giúp phục hồi thị lực, ngăn ngừa các biến chứng như viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc, giảm thị lực và bảo vệ cấu trúc bề mặt nhãn cầu.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật nông giác mạc.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

### **4. THẬN TRỌNG**

Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép tiến hành kỹ thuật.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

#### **5.2. Thuốc**

- Kháng sinh.
- Kháng viêm.
- Dung dịch sát trùng.
- Dung dịch đẳng trương.
- Thuốc gây tê tại chỗ.

- Dinh dưỡng tại chỗ (nếu cần).

- Nước mắt nhân tạo.

### 5.3. Thiết bị y tế

- Tăm bông, gạc miếng vô trùng.

- Găng tay khám, găng tay vô trùng.

- Bơm, kim tiêm.

- Kính tiếp xúc mềm...

- Máy sinh hiển vi.

- Bộ dụng cụ lấy dị vật giác mạc: vành mi, pince giác mạc, dụng cụ nạo gỉ sắt.

### 5.4. Người bệnh

- Thăm khám toàn diện: thử thị lực, đo nhãn áp, khám sinh hiển vi đánh giá tình trạng toàn nhãn cầu: tổn thương giác mạc (đánh giá độ nông sâu của dị vật trên giác mạc), xuất huyết, xuất tiết tiền phòng, ...tình trạng thể thủy tinh, dịch kính võng mạc, các tổn thương phối hợp khác nếu có.

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật, phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật, phòng khám bệnh:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).

- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn nếu cần, đặt vành mi.

### 5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.

- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:

- + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.

- + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.

- + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

### 5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật, phòng khám bệnh.

### 5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Bước 1

- Dùng dụng cụ lấy dị vật để lấy dị vật bám trên giác mạc. Một số trường hợp dị vật rất nhỏ, khó lấy hết hoàn toàn có thể rửa kết giác mạc và túi kết mạc – cùng đồ (xem QTKT rửa cùng đồ kết mạc).

- Trường hợp còn vành gỉ sắt sau lấy dị vật bằng kim loại, cần lấy sạch vành rỉ sắt bằng dụng cụ nạo rỉ sắt.

### 6.2. Bước 2

- Tra thuốc sát khuẩn dung dịch sát khuẩn (povidone-iodine 5%, ...).

- Tra mỡ kháng sinh.

- Có thể đặt kính tiếp xúc mềm sau lấy dị vật và không tra mỡ kháng sinh (tra dung dịch kháng sinh không phải loại hỗn dịch).

### 6.3. Bước 3: Băng mắt.

### 6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật nếu cần.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Theo dõi

- Tại mắt:

+ Theo dõi phản ứng nhiễm trùng tại chỗ.

+ Hướng dẫn người bệnh tra thuốc theo đơn của bác sĩ.

- Toàn thân: tình trạng toàn thân.

### 7.2. Biện chứng và xử trí

- Trong thực hiện kỹ thuật Thủng giác mạc, rất hiếm gặp. Thường do đánh giá không kỹ tổn thương, dị vật nằm sâu trong chiều dày giác mạc, cắm vào tiền phòng. Trường hợp lỗ thủng giác mạc nhỏ, có thể cho dùng kính tiếp xúc mềm phối hợp băng ép. Nếu vết thương không làm sẹo, có thể cần khâu giác mạc.

- Sau thực hiện kỹ thuật Nhiễm trùng, loét giác mạc: sử dụng kháng sinh tra tại chỗ và toàn thân nếu cần. Tốt nhất theo kháng sinh đồ.

## 27.LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật kết mạc là kỹ thuật loại bỏ các vật thể lạ bám dính hoặc găm vào kết mạc nhãn cầu hoặc kết mạc mi. Dựa trên việc xác định vị trí, bản chất của dị vật và sử dụng các dụng cụ chuyên biệt cùng với sự hỗ trợ của kính sinh hiển vi để gắp, gạt hoặc rửa trôi dị vật một cách nhẹ nhàng, hạn chế tối đa tổn thương thêm cho kết mạc và giác mạc. Nhằm mục đích khôi phục sự toàn vẹn của bề mặt nhãn cầu, giảm triệu chứng kích thích, đau

nhức, chảy nước mắt, cộm, rát do dị vật gây ra, đồng thời phòng ngừa các biến chứng như viêm kết mạc, trầy xước giác mạc, hoặc nhiễm trùng.

## **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có dị vật kết mạc.

## **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

## **4. THẬN TRỌNG**

Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép tiến hành thực hiện kỹ thuật.

## **5. CHUẨN BỊ**

### **5.1. Người thực hiện**

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

### **5.2. Thuốc**

- Kháng sinh.
- Kháng viêm.
- Dung dịch sát trùng.
- Dung dịch đẳng trương.
- Thuốc gây tê tại chỗ.

### **5.3. Thiết bị y tế**

- Băng dính.
- Tăm bông, gạc miếng vô trùng.
- Găng tay khám, găng tay vô trùng.
- Bơm, kim tiêm.
- Máy sinh hiển vi
- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc: vành mi, dụng cụ lấy dị vật kết mạc, pince.

### **5.4. Người bệnh**

- Thăm khám toàn diện: thử thị lực, đo nhãn áp, khám sinh hiển vi đánh giá tình trạng toàn nhãn cầu: tổn thương giác mạc, xuất huyết, xuất tiết tiền phòng, ...tình trạng thể thủy tinh, dịch kính-võng mạc, các tổn thương phối hợp khác nếu có.

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật, phòng khám bệnh:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm) nếu cần.
- + Đặt vành mi.

5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.
- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:
  - + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
  - + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
  - + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-20 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật hoặc phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật, phòng khám bệnh.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Dùng kim hoặc dụng cụ lấy dị vật kết mạc, lấy dị vật bám trên kết mạc. Một số trường hợp dị vật rất nhỏ, khó lấy hết hoàn toàn có thể rửa kết mạc và túi kết mạc – cùng đồ (xem QTKT rửa cùng đồ kết mạc).

6.2. Bước 2: Tra dung dịch sát khuẩn (povidone-iodine 5%).

6.3. Bước 3: Tra mỡ kháng sinh. Băng mắt.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật nếu cần.

## 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tại mắt:
  - + Theo dõi phản ứng nhiễm trùng tại chỗ.
  - + Hướng dẫn người bệnh tra thuốc theo đơn của bác sĩ.
- Toàn thân: tình trạng toàn thân.

7.2. Biện chứng và xử lý

- Trong thực hiện kỹ thuật Chảy máu do chọc vào mạch máu kết mạc: băng ép, có thể đốt cầm máu.
- Sau thực hiện kỹ thuật Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

## 28.ĐO THỊ LỰC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Đo thị lực là một trong những khám nghiệm quan trọng nhất khi đánh giá chức năng thị giác. Thị lực là mức độ nhìn rõ của một người khi nhìn vào một vật. Đo thị lực là xuất phát điểm của việc khám mắt. Thị lực đem lại những thông tin về:

+ Sự toàn vẹn của hệ thống quang học nhãn cầu và đường dẫn truyền thần kinh thị giác.

+ Đánh giá mức độ bình thường hay tổn hại thị giác.

- Đo thị lực gồm: thị lực nhìn xa, thị lực kính lỗ và thị lực nhìn gần.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Đo thị lực cần được thực hiện ở mỗi lần khám mắt, sau khi hỏi bệnh, được thực hiện cho các trường hợp có thể phối hợp để đo.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** không.

### 4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh trong tình trạng cấp cứu tại mắt.

- Người bệnh không phối hợp tốt (người quá già, trẻ quá nhỏ, có bệnh lý tâm thần và thần kinh).

- Người bệnh không thể ngồi được để thử thị lực (liệt toàn thân, chấn thương cột sống, bệnh lý nặng toàn thân đang điều trị hồi sức tích cực).

### 5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện Bác sĩ, cử nhân khúc xạ nhãn khoa hoặc điều dưỡng, kỹ thuật y.

5.2. Thuốc: Không.

5.3. Thiết bị y tế

- Bảng thị lực nhìn xa.

- Hoặc máy chiếu thử thị lực.

- Kính lỗ.

- Dụng cụ che mắt.

- Bảng thị lực nhìn gần.

5.4. Người bệnh

Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, mục đích của thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.

- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:

- + Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.
- + Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.
- + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 5-10 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, phòng khám bệnh, buồng bệnh.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Thử thị lực nhìn xa

- Đối với hệ thống bảng thị lực Snellen hoặc Logmar, bảng thử được đặt ở cách người bệnh 6 m (hoặc 20 feet). Trong trường hợp khi phòng khám có diện tích nhỏ, bảng thị lực được đặt cách 3 m (10 feet), chúng ta cần dùng một bảng thị lực đặc biệt được thiết kế cho khoảng cách 3 m, hoặc phải chỉnh lại kết quả đo thị lực theo khoảng cách này. Đối với hệ thống bảng thập phân, bảng thử được đặt ở khoảng cách 5 m.

- Đảm bảo rằng bảng thị lực sạch và có đủ ánh sáng (theo tiêu chuẩn).

- Che mắt không thử. Nên thử mắt phải trước (che mắt trái).

- Đo thị lực: bắt đầu bằng các chữ/hình lớn ở phía trên bảng. Yêu cầu người bệnh đọc các chữ/hình đến khi đọc sai ít nhất nửa dòng thử đó. Ghi lại trị số thị lực (đánh dấu ở 1 hoặc hai bên của dòng thử đó).

- Ghi thị lực: mắt phải ghi thị lực theo quy ước của loại bảng thị lực đang thử, chú ý ghi với phương pháp thử có kính, không kính hoặc kính cũ (với chỉ số kính cũ bên cạnh).

- Nếu trường hợp không đọc được chữ/hình to nhất trên bảng thử thị lực, sẽ chuyển thử thị lực bằng đếm ngón tay: Người thử sẽ giơ một số ngón tay nhất định trước mắt người bệnh ở khoảng cách 5 m, yêu cầu người bệnh trả lời số ngón tay được giơ lên.

- Nếu người bệnh trả lời được đúng số ngón tay của người thử thì ghi lại thị lực: Ví dụ: MP ĐNT 5m.

- Nếu người bệnh trả lời không đúng hoặc nói không nhìn thấy, người thử sẽ lại gần với khoảng cách lùi dần 4 m, 3 m, 2 m, 1 m và 0,5 m đến khi người bệnh trả lời đúng. Ghi lại kết quả. Ví dụ: MP: ĐNT 2m. - Nếu trường hợp mà người bệnh không trả lời đúng hoặc không nhìn thấy số ngón tay của người thử ở khoảng cách 1m, người thử sẽ kiểm tra mức độ bóng bàn tay bằng cách khua bàn tay theo chiều ngang trước mặt người bệnh với các khoảng cách giảm dần từ 0,5 m; 0,4 m; 0,3 m; 0,2 m; 0,1 m và ghi lại kết quả khi người bệnh nhìn thấy động tác khua tay của người thử. Ví dụ: MP: BBT 0,2m

- Nếu trường hợp người bệnh không nhìn thấy được bóng bàn tay ở khoảng cách 0,1m; thì người thử sẽ chuyển sang thử mức độ đáp ứng với ánh sáng: người thử sẽ dùng một nguồn sáng (đèn pin, đèn bút...) chiếu vào mắt được thử của người bệnh, hỏi người

bệnh có thấy ánh sáng chiếu vào mắt hay không khi bật/tắt nguồn sáng. Nếu người bệnh trả lời đúng ghi nhận thị lực có đáp ứng ánh sáng (ví dụ MP: ST (+)) hoặc người bệnh không thấy khi ánh sáng chiếu vào mắt ghi nhận không nhận biết được ánh sáng (ví dụ MP: ST (-)).

- Lặp lại ở mắt trái (thị lực một mắt).
- Lặp lại đo thị lực với cả 2 mắt mở. Ghi thị lực với cả 2 mắt mở (thị lực 2 mắt).
- Lặp lại đo thị lực mắt phải, mắt trái và 2 mắt với kính đang đeo (nếu người bệnh có kính). Ghi lại kết quả thị lực với kính đeo.

#### 6.2. Bước 2: Thử thị lực với kính lỗ

Khi thị lực nhìn xa dưới 20/60 thì cần phải thử thị lực với kính lỗ (có thể thử thị lực với kính lỗ ngay cả khi người bệnh nhìn xa tốt hơn 20/60 nhưng vẫn cảm thấy mắt mờ, hoặc kết quả sau chỉnh kính tối ưu chưa đạt được 20/20). Các bước tiến hành:

- + Che mắt không thử. Nên thử mắt phải trước (che mắt trái).
- + Đặt một kính lỗ trước mắt phải (có thể yêu cầu người bệnh tự cầm kính lỗ).
- + Yêu cầu người bệnh nhìn qua kính lỗ và đọc các chữ ở dòng nhỏ nhất có thể nhìn được ở bảng thị lực nhìn xa.
- + Ghi kết quả thị lực với kính lỗ.

#### 6.3. Bước 3: Thử thị lực gần

- Các bảng thị lực gần thường có các đoạn văn bản hơn là các ký tự rời rạc.
- Thay vì một phân số Snellen, người ta dùng kí hiệu khác, thí dụ thang điểm “N”, “M”,...
- Thị lực nhìn gần thường được đo với cả hai mắt mở.
- Những người lớn tuổi có thể có kính nhìn gần (chẳng hạn đọc sách hoặc khâu vá). Thị lực gần của họ được thử với kính này. Chúng ta ghi chú nếu có đo thị lực gần với kính nhìn gần.
- Người bệnh cầm bảng thị lực gần ở khoảng cách 40 cm.
- Yêu cầu người bệnh đọc dòng nhỏ nhất của bảng thị lực (động viên người bệnh cố gắng đọc không ngại đọc sai).
- Ghi thị lực: Thí dụ: thị lực gần: N8 không kính hoặc thị lực gần: N8 có kính (nếu người bệnh đang đeo kính nhìn gần).

6.4. Bước 4: Ghi kết quả: Ghi lại kết quả đo thị lực: tìm dòng nhỏ nhất người bệnh có thể đọc được trên bảng thị lực hoặc khoảng cách xa nhất người bệnh có thể đếm ngón tay hoặc thấy bóng bàn tay hoặc khả năng còn nhận biết hay không thể nhận biết được ánh sáng.

#### 6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

### 7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật Chưa có báo cáo ghi nhận biến chứng hoặc bất thường đặc biệt xảy ra trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không.

7.3. Biến chứng muộn: Không.

## **29.SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Soi đáy mắt trực tiếp là kỹ thuật sử dụng máy cầm tay để kiểm tra, đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các dấu hiệu mà thầy thuốc nghi ngờ có tổn thương bệnh lý võng mạc, hoàng điểm, dịch kính: nhìn mờ, nhìn méo hình, nhìn có ruồi bay...

- Khám nghiệm trong các bệnh lý dịch kính, võng mạc.

- Trước và sau các can thiệp phẫu thuật mắt khi nghi ngờ có tổn thương đáy mắt.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không.

### **4. THẬN TRỌNG**

Tổn thương các môi trường trong suốt cản trở quan sát dịch kính, võng mạc.

### **5. CHUẨN BỊ**

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ.

5.2. Thuốc : Thuốc giãn đồng tử.

5.3. Thiết bị y tế: Đèn soi đáy mắt trực tiếp.

5.4. Người bệnh

Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, mục đích thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án Kiểm tra các mục sau (nếu có chỉ định) của bác sĩ:

- Trường hợp chỉ cần phiếu chỉ định: Bác sĩ ra chỉ định thực hiện kỹ thuật.

- Trường hợp cần làm hồ sơ bệnh án:

+ Có đủ các xét nghiệm cơ bản để đánh giá tình trạng bệnh lý tại mắt và toàn thân.

+ Các chẩn đoán hình ảnh nếu cần thiết.

+ Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 3-10 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, phòng khám bệnh.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ hoặc phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật: đầy đủ thông tin hành chính, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định thực hiện kỹ thuật và đã được phê duyệt thực hiện kỹ thuật.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

6.1. Bước 1: Bác sĩ ngồi đối diện với người bệnh, dùng mắt để soi đáy mắt cùng bên người bệnh.

6.2. Bước 2: Ghi kết quả.

6.3. Kết thúc quy trình

- Thông báo với người bệnh đã kết thúc quy trình và trả kết quả.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo sau thực hiện kỹ thuật nếu cần.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật Có thể khô mắt, tổn thương bề mặt nhãn cầu: tra thuốc chống viêm, chống nhiễm trùng, nước mắt nhân tạo nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật Người bệnh có thể có hội chứng hoàng điểm thoáng qua khi ánh sáng chiếu trực tiếp vào vùng hoàng điểm. Cho người bệnh nhắm mắt, nghỉ ngơi.

7.3. Biến chứng muộn: Không.