

MỞ TIỀN PHÒNG RỬA MÁU, MỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết đầy tiền phòng điều trị nội khoa 3 - 5 ngày không tiêu, có dấu hiệu tăng nhãn áp và nguy cơ ngấm máu giác mạc.

- Mủ tiền phòng điều trị nội khoa không hiệu quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Máy hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ vi phẫu, kim 2 nòng, dung dịch rửa tiền phòng, chỉ 8-0, 10-0...

3. Người bệnh

Theo quy định chung.

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

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Cố định mi bằng vành mi tự động hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.
- Cố định cơ trực trên.
- Mở vào nhãn cầu:
 - + Tạo vạt kết mạc và đốt cầm máu củng mạc.
 - + Rạch giác củng mạc rìa. Độ rộng của đường mở vào nhãn cầu tùy thuộc vào độ lớn của khối máu cục, trung bình là 6mm.
 - + Dùng kim hai nòng rửa tiền phòng hoặc bơm chất nhầy để đẩy toàn bộ khối máu cục ra ngoài qua đường rạch giác mạc rìa.
 - + Khâu đóng đường rạch vào nhãn cầu bằng chỉ 10-0.
 - + Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hay bóng khí hoặc nhầy tùy từng trường hợp.
 - + Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.
 - + Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu trong phẫu thuật

Là biến chứng hay gặp

- Nguyên nhân:
 - + Do hút lôi kéo vào móng mắt đặc biệt chân móng mắt.
 - + Do cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.
- Xử trí:
 - + Dừng hút.
 - + Bơm tiền phòng dung dịch adrenalin 0,1% hòa loãng với dung dịch ringer lactat tỷ lệ 1/3 và /hoặc bơm bóng hơi to vào tiền phòng hoặc bơm nhầy vào tiền phòng.
 - + Nếu máu vẫn không ngừng chảy, có thể ngừng phẫu thuật, khâu đóng mép phẫu thuật, chờ đợi cho đến khi cục máu đông được hình thành chắc chắn rồi rửa lại máu tiền phòng một hôm khác.

2. Chấn thương thể thủy tinh

- Nguyên nhân: do đầu kim 2 nòng chạm vào thủy tinh thể làm rạn bao thủy tinh thể gây đục thể thủy tinh, đứt dây chằng Zinn gây lệch thể thủy tinh.
- Xử trí: không nên lấy thể thủy tinh ngay lập tức trong trường hợp này.

3. Thoát dịch kính

- Nguyên nhân: dịch kính thoát ra tiền phòng do chấn thương hoặc do thao tác phẫu thuật.
- Xử trí:
 - + Bơm hơi tiền phòng kết hợp với các thuốc co đồng tử nhằm đẩy dịch kính trở về buồng dịch kính.
 - + Trường hợp không thể tái tạo được tiền phòng do khối dịch kính thoát ra tiền phòng lớn, cắt dịch kính bằng cách dùng bông cuốn ấn nhẹ vào mép phẫu thuật và cắt bằng kéo Vannas.

4. Nát móng mắt

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

5. Phản ứng viêm màng bồ đào

- Nguyên nhân: có thể do chính bản thân chấn thương, do máu hoặc do phẫu thuật.
- Xử trí: điều trị như các trường hợp viêm màng bồ đào nói chung.

6. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật

- Nguyên nhân:
 - + Do xuất huyết tiền phòng tái phát.
 - + Do hồng cầu hoặc các mảnh vụn của tế bào viêm gây bít tắc tại vùng bè hoặc do nghẽn bóng hơi.
 - + Tăng nhãn áp do các biến đổi của góc tiền phòng sau chấn thương (thường xuất hiện muộn).
- Xử trí:
 - + Điều trị nội khoa hạ nhãn áp (nhóm ức chế men chuyển hoặc chẹn dòng α , β giao cảm).
 - + Trường hợp tăng nhãn áp không đáp ứng với điều trị nội khoa, có thể phải can thiệp bằng phẫu thuật cắt bè củng giác mạc.

7. Chảy máu tái phát sau rửa máu tiền phòng

- Nguyên nhân:

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

+ Người bệnh có xuất huyết dịch kính kèm theo.

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

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