

XIV.131. PHẪU THUẬT CẮT CƠ MULLER ± CẮT CÂN CƠ NÂNG MI ĐIỀU TRỊ HỞ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt cơ Muller là phương pháp điều chỉnh tình trạng co rút mi nhằm phục hồi chức năng và giải phẫu cho mi mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

Co rút mi trên gây hở mi hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương mới xuất hiện dưới 6 tháng.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật (nếu có thể).
- Giải thích cho người bệnh 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. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Cắt cơ Müller

- Lật mi trên bằng vành mi Desmarre.
- Tiêm thuốc tê dưới kết mạc cùng đồ.
- Rạch kết mạc dọc theo cùng đồ trên dài 1cm.
- Bộc lộ cơ Müller.
- Cắt cơ khỏi chỗ bám tận.
- Khâu kết mạc.
- Tháo vành mi và kiểm tra.

3.2.2. Cắt hay kéo dài cân cơ nâng mi

- Rạch da vùng đã đánh dấu.
- Phẫu tích cơ vòng mi, bộc lộ cơ nâng mi và cắt buồng cơ nâng mi ra khỏi chỗ bám vào sụn mi trên.
- Nếu mi vẫn co rút, tìm và cắt buồng cơ Müller.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0, tạo nếp mi sao cho cân xứng hai mắt (xem bài tạo nếp mi).

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu còn hở mi: xem xét và mổ bổ sung.
- Nếu còn sụp mi theo dõi và tìm phương pháp điều trị thích hợp.

Phẫu thuật lác có chỉnh chỉ

I. Đại cương

Phẫu thuật lùi và rút cơ là phương pháp yếu và khỏe cơ trong điều trị các trường hợp lác bao gồm lác trẻ em và người lớn.

II. Chỉ định và chống chỉ định

- Điều trị lác cơ năng trẻ em và người lớn.
- Phẫu thuật lùi cơ có thể được chỉ định trong lác cơ cứng cơ, lác liệt
- Chống chỉ định rút cơ trong trường hợp cơ bị liệt hoặc cơ cứng, xơ cơ.

III. Chuẩn bị

1. Cán bộ chuyên khoa: phẫu thuật viên có chứng chỉ chuyên khoa mắt trẻ em

2. Dụng cụ:

- Bộ phẫu thuật lác
- Chỉ Vicryl 6/0 và 8/0
- Đèn trần
- Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%
- Dung dịch kháng sinh và mỡ kháng sinh
- Dung dịch betadin 5%

3. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định chung

IV. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh trước phẫu thuật

2. Vô cảm: Gây mê với trẻ nhỏ, trẻ lớn có thể gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%.

3. Quy trình phẫu thuật:

- Đặt vành mi.

- Có thể tiêm tê thấm Lidocain 2% dưới kết mạc.
- Rạch kết mạc có thể đi theo đường cùng đồ hoặc đường rìa.
- Bóc tách kết mạc và bao Tenon bộc lộ củng mạc.
- Bộc lộ cơ trực: lấy cơ trực, bóc tách ra khỏi bao Tenon và màng liên cơ.
- Đặt chỉ lùì cơ hay chỉ rút cơ bằng chỉ Vicryl 6/0.
- Khâu cố định cơ vào củng mạc hay chỗ bám cũ. Mức độ lùì hay rút cơ tính theo độ lác bằng lăng kính có bảng định lượng
- Khâu kết mạc nếu cần bằng chỉ 8/0.
- Tra betadin 5%, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, băng mắt.

V. Theo dõi sau mổ

Thay băng ngày hôm sau, tra dung dịch betadin 5% vào mắt mổ, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt. Không băng mắt sau khi thay băng.

VI. Kết quả

Kết quả tốt : độ lác tồn dư dưới 5PD

Kết quả trung bình : độ lác tồn dư từ 5PD đến dưới 10PD

Kết quả xấu : độ lác tồn dư trên 10PD

VII. Phòng ngừa và xử trí biến chứng

Phát hiện sớm các tai biến trong phẫu thuật và xử trí kịp thời như xuất huyết, rách cơ, đứt cơ, thủng củng mạc, nhiễm trùng, u hạt, nang kết mạc.

KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TỔN THƯƠNG NÔNG CHIỀU DÀI < 10 cm

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung 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 hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

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

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.
Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

Trường hợp đứt dây chằng mi trong phải khâu phục hồi trước tiên bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi không đi hết chiều dày mi: lần lượt khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0; khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

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

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

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

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

VI. THEO DÕI

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

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

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bản, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

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.

XIV.163. RỬA TIỀN PHÒNG (MÁU, XUẤT TIẾT, MŨ, HÓA CHẤT)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở tiền phòng lấy máu cục là phẫu thuật nhằm loại trừ máu 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.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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.

RỬA CÙNG ĐỒ MỘT MẮT

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 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.

III.1577. PHẪU THUẬT MỘNG CÓ GHÉP (KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN, MÀNG ỐI.) ± ÁP THUỐC CHỐNG CHUYỂN HÓA (5FU HOẶC MMC)

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 cực 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 mạc có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miễn dịch)

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

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

Đặt mẫu gelasanpon 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 mạc trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác mạc.

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

Khâu cố định vạt kết mạc thân mạc vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa 2mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mạc 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 ngày đầu.
- Tra kháng sinh và các thuốc tăng cường liền sẹo giác mạc.
- Tra thêm corticoid sau khi giác mạc gọt đã biểu mô hóa hoàn toàn.
- Cắt chỉ sau phẫu thuật từ 10 đến 14 ngày.

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.

PHẪU THUẬT MỞ RỘNG ĐIỂM LỆ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở rộng điểm lệ để điều trị hẹp điểm lệ gây chảy nước mắt qua đó mang lại cho bệnh nhân tầm nhìn tốt hơn, không bị chảy nước mắt

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có hẹp điểm lệ gây chảy nước mắt

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,

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

- Bộc lộ điểm lệ

- Cắt vát hình chữ V thành trong điểm lệ ,tùy thuộc vào mức độ hẹp sẽ cắt hình chữ V to hay nhỏ
- Đốt cầm máu
- Tra thuốc kháng sinh
- Băng mắt

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

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

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.

XII.97 CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG GHÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. 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

- Trẻ em: gây mê.

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

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. U bờ mi (thường là nốt ruồi bờ mi)

- Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ.
- Dùng dao cắt bỏ tổ chức u lấy tổ chức xét nghiệm mô bệnh học.
- Cầm máu nếu cần thiết.
- Khâu lại da hoặc nếu da mi thiếu có thể vá da trượt tại chỗ.

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

- Rạch da trực tiếp lên bề mặt khối u song song bờ mi. Chiều dài đường rạch tùy thuộc kích thước khối u.
- Bóc tách phần tích lấy toàn bộ khối u.
- Khâu vết phẫu thuật: lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu.
- Băng ép.
- Cắt chỉ da mi sau 7 ngày.

3.2.3. Kỹ thuật cắt ung thư mi

- Đặt thanh đè nhựa vào cùng đồ kết mạc.
- Dùng dao điện cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3 - 5mm.
- Cầm máu tại chỗ bằng dao điện.
- Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.
- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức ung thư được cắt bỏ.
- Phục hồi vết thương mi, tạo hình mi có thể làm 1 thì hoặc 2 thì.
- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

*** Tạo vạt sụn kết mạc**

- Vị trí: mi trên hay mi dưới cùng bên.
- Kỹ thuật: tùy thuộc theo phương pháp định thực hiện.
- + Phương pháp Mustardé: vạt được tạo từ mi dưới, được xoay phủ vùng khuyết ở mi trên.
- + Phương pháp Cuttler-Beard: vạt da sụn -kết mạc được tạo ở mi dưới luôn qua cầu bờ mi.

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

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

+ Lật mi bằng kẹp Desmarre.

+ Gây tê tại chỗ.

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

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

+ Ghép da rời.

+ Băng ép.

+ Giải phóng khe mi sau 4 đến 6 tuần.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

2. Sau phẫu thuật

Chảy máu vết phẫu thuật:

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

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

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

CẤP CỨU BÔNG MẮT BAN ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II, CHỈ ĐỊNH

- Các loại bông mọi mức độ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng không 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
- Loại trừ chất gây bông.
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Lật mi trên, kéo mi dưới
- 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.

VII. PHÒNG BỆNH

- Đảm bảo an toàn lao động, sinh hoạt