# 1.CHƯƠNG TAI MŨI HỌNG

# 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, Y sĩ có chứng chỉ hành nghề

 **2. Phương tiện**

 - Bộ dụng cụ lấy dị vật.

 - Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

 **3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án**

 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 37oC 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 sưng nề có thể rạch sau tai rồi bổ 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 gắp.

 **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 bấc 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.

**RÚT MECHE , RÚT MEROCEL HỐC MŨI**

 **I. ĐẠI CƯƠNG**

 Là thủ thuật lấy Merocel sau khi đặt cầm máu hoạc phẫu thuật mũi xoang.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

 - Bệnh nhân được đặt Merocel trong vòng 48h sau khi làm thủ thuật đặt Mecrocel cầm máu hay sau phẫu thuật mũi xoang.

 **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Bệnh nhân có dị ứng với thuốc tê.

 **IV. CHUẦN BỊ**

 **1. Người thực hiện**

 Bác sĩ, Y sĩ có chứng chỉ hành nghề

 **2. Phương tiện**

 - Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường

 - Merocel: 2 miếng ( dự phòng chảy máu tái phát)

 - Xilanh 05 ml: 1 cái

 - Nước muối sinh lí: 1 chai.

 - Bình phun tê tại chỗ.

 - Ống hút, máy hút.

 **3. Người bệnh**

 - Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tụ điều trị sau khi rút Merocel.

 - Được thăm khám tai, mũi, họng đễ tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.

 - Được giải thích về thủ thuật.

 4. Hồ sơ bệnh án

 Theo quy định của Bộ y tế.

 **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 **1. Tư thế người bệnh**

 - Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường

 **2. Kỹ thuật**

 - Dùng xilanh hút nước muối sinh lí.

 - Bơm nước muối sinh lí vào mũi có nhéc Merocel. Đợi 5 -10 phút.

 - Tiến hành rút Merocel. Nếu bệnh nhân đau nhiều có thể phun thuốc tê.

 -Thăm khám, đánh giá tình trạnh chảy máu hay vết phẫu thuật mũi xoang.

 **VI. THEO DÕI**

 - Tình trạng chảy máu sau rút Merocel.

 - Thuốc kháng sinh, kháng viêm 5 ngày

**LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG**

 **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

 **II. CHỈ ĐỊNH**

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

 **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 - Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

 - Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

 **IV. CHUẨN BỊ**

 **1. Người thực hiện**

 Bác sĩ, Y sĩ có chứng chỉ hành nghề

 **2. Phương tiện**

 - Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.

 - Kẹp kelly hoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật hạ họng.

 **3. Người bệnh**

 Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật.

 **4. Hồ sơ bệnh án**

 Theo quy định của Bộ y tế.

 **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 **1. Kiểm tra hồ sơ**

 Kiểm tra các bước thăm khám.

 **2. Kiểm tra người bệnh**

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

 **3. Thực hiệnkỹ thuật**

 ***3.1.Vô cảm***

 Gây tê.

 ***3.2. Tư thếngười bệnh***

 Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi.

 *3.3.1. Soi gắp dị vật họng miệng bằng kẹp Kelly*

 - Người bệnh ngồi.

 - Gây họng miệng bằng thuốc tê tại chỗ.

 - Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản

 - Gắp dị vật bằng kẹp kelley hoặc kẹp phẫu tích.

 **VI. THEO DÕI**

 - Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.

 **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

 - Nhiễm trùng vùng cổ: điều trị kháng sinh

**KHÍ DUNG MŨI HỌNG**

 **I . ĐẠI CƯƠNG**

 - Khí dung: biện pháp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng các hạt có kích thước rất nhỏ được phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm hoặc màng phân tách.

 - Tùy vào bệnh lý từng vị trí của đường hô hấp mà lựa chọn loại máy khí dung, đặt chế độ hay lưu lượng khí phù hợp.

 - Có 3 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm và màng thẩm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

 - Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

 - Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung. Hay gặp: khí dung thuốc giãn phế quản, corticoid trong hen phế quản; adrenalin trong viêm thanh quản cấp có suy hô hấp; khí dung thuốc kháng sinh (colistin), thuốc điều trị tăng áp lực động mạch phổi (iloprost) ; khí dung để làm ẩm, ấm đường thở (nước muối sinh lý) …

 **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 Dị ứng với thành phần thuốc khí dung. Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

 **IV. CHUẨN BỊ**

 **1. Người thực hiện**

 Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuât viên đã được đào tạo.

 **2. Phương tiện**

 ***2.1. Khí dung bằng khí cao áp***

 + Thuốc và dung môi

 + Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén.

 + Cột đo lưu lượng khí.

 + Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Trẻ lớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

 ***2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm***

 + Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy.

 + Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.

 **3. Bệnh nhân**

 - Trẻ lớn và bố mẹ được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên trẻ an tâm và hợp tác.

 - Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng : nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO2, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

 **4. Hồ sơ bệnh án**

 Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng bệnh nhân trước khi thở khí dung.

 **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 **1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án**

 Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

 **2. Kiểm tra người bệnh**

 **3. Thực hiện kỹ thuật**

 ***3.1. Khí dung bằng khí cao áp***

 + Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả tối thiểu là 2 ml, tối đa là 8 ml, trung bình khoảng 5 ml. Cần pha loãng thuốc khí dung để giảm lưọng thuốc cặn.

 + Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

 + Cắm cột đo lưu lưọng vào nguồn khí phù hợp. Nếu trẻ có suy hô hấp phải chọn nguồn oxy; trẻ không suy hô hấp chọn nguồn khí nén.

 + Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra của cột đo lưu lượng..

 + Điều chỉnh lưu lượng khí thích hợp. Lưu lượng khí có thể điều chỉnh từ 5 - 8 lít/phút, nên đặt 6 lít/phút để có kết quả tối ưu.

 + Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.

 + Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ (hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.

 + Hướng dẫn trẻ hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng:

 Trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

 ***2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm***

 + Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.

 + Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask

 + Cắm điện, bật máy.

 + Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.

 + Úp mask kín mũi, miệng trẻ , cố định mask.

 **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

 - Quan sát trẻ trong suốt quá trình khí dung, động viên trẻ hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.

 - Thời gian mỗi lần khí dung ở trẻ em không nên quá 10 phút.

 - Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do
quá sợ hãi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

**LẤY DÁI TAI (NÚT BIỂU BÌ)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Lấy nút biểu bì ống tai là thủ thuật giúp loại bỏ các nút biểu bì được hình thành từ các mảng da chết mà ống tai ngoài bong ra, kết thành khối.

- Tuy nút biểu bì ống tai có dấu hiệu giống triệu chứng cục ráy tai nhưng việc điều trị cũng như lấy nút biểu bì lại cần có phương pháp riêng và cần thực hiện tại các chuyên khoa tai mũi họng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thủ thuật này được chỉ định cho các bệnh nhân có nút biểu bì nhiều kèm theo các triệu chứng ù tai, khó nghe, cảm giác có vật chèn trong tai, có chảy dịch mùi thối…

Khi khám tai, bác sĩ sẽ phát hiện ống tai ngoài ẩm ướt và vùng này bị lấp đầy bởi tổ chức máu trắng đục, lổn nhổ, mùi khó chịu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ, Y sĩ có chứng chỉ hành nghề

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật tai.

- Nước ấm (khoảng 37 - 38oC).

- Nước muối sinh lí, dầu salixylic, dầu lạc.

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**

- Đầu tiên cần làm mềm nút biểu bì bằng cách nhỏ dầu salixylic (axit salixylic) 0,20g và dầu lạc khoảng 20 ml vào tai ngày 2 lần, mỗi lần nhỏ 3 giọt. Đối với rái tai khô có thể làm mềm bằng nhỏ Nacl 9%o.

- Dùng bông đút nút cửa tai trong khoảng 5 ngày.

- Bơm nước 37 độ C vào tai nhằm đẩy nút biểu bì ra ngoài.

- Nếu nút biểu bì khó đẩy, có thể dùng móc tai tù lôi ra.

**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 bấc thấm dầu + kháng sinh.

- Thuốc giảm đau cho người bệnh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài : cầm máu, thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

**LÀM THUỐC TAI**

1. **CHỈ ĐỊNH**

Làm Thuốc Tai được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tuỳ theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

1. **KỸ THUẬT- QUY TRÌNH TIẾN HÀNH**
* Làm thuốc tai bao gồm: Rửa tai, rỏ thuốc tai, phun thuốc tai.
* Chuẩn bị dụng cụ
* Chuẩn bị bệnh nhân
* Người thực hiện kĩ thuật: bác sĩ Tai Mũi Họng, điều dưỡng chuyên khoa Tai Mũi Họng.
1. **Rửa tai** : Nhằm làm sạch hết mủ ở tai
* Dụng cụ: Đèn Clar, ông soi tai, que bông sạch, nước oxy già (H2O2) đên 12 đv thể tích hoặc nước muối (sạch), nước chè tươi (nấu), dung dịch sinh lý…

***\* Cách làm:***

+ Rỏ hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

+ Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

+ Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

1. **Rỏ thuốc tai**: Tuỳ theo tình trạng chảy tai có thể dùng thuốc

- Cồn boric 2-5% khi chảy dịch, nhầy.

- Glycerin borat 2-5% khi chảy dịch, mủ.

- Cloramphenicol 4%? Hydrocortison hay Hydrocortanxin khi chảy mủ.

***\* Cách làm:***

- Ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc qua ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu.

- Nếu lỗ thủng nhỏ dùng ống soi tai Siegle (Xigơn) hay bóng cao su có đầu khít vừa ống tai, bóp nhẹ bóng để khí nén đây thuốc qua lô thủng vào thùng tai. Bệnh nhân sẽ thấy đắng khi thuốc qua vòi tai xuống họng là tốt.

**3. Phun thuốc tai**: Các thuốc thường dùng:

- Bột acid boric, bột phèn phi, bột tô mộc…. khi chảy dịch, nhầy.

- Bột kháng sinh, tốt nhất là bột cloramphenicol khi chảy mủ.

***\* Cách làm:***

- Kéo nhẹ vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai.

- Dùng bình phun thuốc hay để một ít bột thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thùng tai.

**III. THEO DÕI VÀ XỮ LÝ TAI BIẾN**

* Theo dõi và thực hiện y lệnh của bác sĩ điều trị.
* Tai biến: chóng mặt, chảy máu, đau...

+ Cho bệnh nhân nằm yên nghỉ ngơi.

+ Cầm máu, băng ép.

+ Sử dụng thuốc giảm đau.

**LẤY DỊ VẬT MŨI**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

***Dị vật mũi rất đa dạng.***

Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khuy 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 mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

***Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.***

**III. CHÔNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV.CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

Phương tiện

Bộ khám mũi và lấy dị vật.

Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc merocel.

Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.

Máyhút.

*Người bệnh*

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người lớn: ngồi trên ghế.

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

*Vô cảm*

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

*Kỹ thuật*

Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.

Dị vật để lâu, khó lấy:

+C ố định đầu b ệ nh nhân c ậ n th ậ n.

+ Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

+Đặt vào mũi bấ c có th ấ m thu ố c co m ạ ch làm cho h ốc mũi rộ ng ra.

+ Nhỏ 1 -2 giọt thuốc tê niêm mạc ( xylocain 3%) làm tê tại chỗ.

+Banh mũi, dùng móc luồ n ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

+Trong trườ ng hợp khó khăn hoặ c dị v ật lâu quá calci hóa, cần phái gây mê rồ i l ấy dị vật qua nội soi hoặ c 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 Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần.

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.

**NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC**

***I.ĐỊNH NGHĨA***

Dùng bấc ( metch) nhét chèn chặt vào hốc mũi qua của 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. CHÔNG CHỈ ĐỊNH**Không có.

**IV.CHUẨN BỊ****Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

Điều dưỡng hỗ trợ.

*\*Phương tiện*

Bộ dụng cụ cầm máu mũi.

Nguồn sáng ( đèn Clar).

Máyhút.

Bấc gấp băng 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 paraphin, dầu gomenon.

*\*Người bệnh*

Được giải thích kỹ về thư thuật.

Được kiểm tra mạch, huyết áp.

***\*Hồ sơ bệnh án***

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

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Vô cảm***

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

*Tư thế*

***Người bệnh nằm đầu hơi ngửa ra sau.***

*Kỹ thuật*

Hút máu đông trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu.

Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhé 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 dến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếng merocel.

Đè lưỡi kiểm tra xem còn chảy máy xuống họng không.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

\*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.

*\*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 không chặt: nhét lại bấc, chú ý làm võng hoặc 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.

**NHÉT BẤC 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 ngồi máu chảy chủ yếu xuống họng).

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH** Không có.

**IV.CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

***Phương tiện***

Bộ dung cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.

Nguồn sáng ( đèn Clar).

Máyhút.

Cuộn gặc chặt kích thước 2 cm đường kính chiều ngang 3 - 3,5cm có buộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lanh to, bấc mũi hoặc merocel.

Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin, gomenol.

***Người bệnh***

Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.

Kiểm tra mạch, huyếtKiemtramach,huyetáp.

***Hồ sơ bệnh án***

Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV.

**Vô cảm**

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

*Tư thế*

Người bệnh nằm đầu hơi ngửa ra sau.

*Kỹ thuật*

Hút máu đông ở 2 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 kìm Kocher.

Buộc 2 trong số 4 đầu chỉ của cuộn bấc 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 bấc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau. Nhét bấc mũi trước bêm chảy máu hoặc merocel.

Cố định cuộn bấc bằng cách buộc 2 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 còn chảy máu không.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

*\****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.

*\*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 nhét lại.

**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 về cột sống hoặc há miệng hạn chế.

Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

***IV.CHUẨN BỊ***

**Người thực hiện**

BácsĩchuyênkhoaTaiMũiHọng.

Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.

Bộ khám nội soi có que dẫn sáng ( opticque) 70\* hoacwj 90\* ( nếu có).

Bộ soi thanh quản ( hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20cm) kèm theo ống hút. KìmFrankelhoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật hạ họng.

**Người bệnh**

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

**Hồ sơ bệnh án**

Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật ( trong trường hợp cần can thiệp gây mê). ChụpX- quang(CT-scannernếu cần)để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong 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**

**Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, Xquang ( nếu có)

*Kiểm tra người bệnh*

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

*Thực hiện kỹ thuật*

**Vô cảm**

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

**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).

**Kỹ thuật**

*Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìmFrankael* 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.

Gắp dị vật bằng kìm Frabkael

*Soi gắp 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.

Gắp dị vật bằng kìm gắp 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.

**2.CHƯƠNG RĂNG HÀM MẶT**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật áp dụng trong dự phòng và điều trị các bệnh quanh răng, lấy đi các chất bám lên răng, bao gồm cao răng, mảng bám răng và các chất ngoại lai khác.

1. **CHỈ ĐỊNH**
* Cao răng trên lợi.
* Cao răng duới lợi.
1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Viêm lợi miệng loét hoại tử cấp.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Nguời thực hiện
* Bác sĩ Răng hàm mặt
* Trợ thủ
1. Phuơng tiện
	1. Phuơng tiện:
* Ghế máy nha khoa.
* Tay khoan và mũi khoan các loại.
* Dụng cụ lấy cao răng.
	1. Thuốc và vật liệu:
* Bột đánh bóng
* Dung dịch oxy già 3-4 thể tích....
1. Nguời bệnh

Nguời bệnh đuợc giải thích và đồng ý điều trị.

1. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

1. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết:
* Công thức máu, đông cầm máu
* Điện tim
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. Kiểm tra hồ sơ bệnh án
3. Kiểm tra nguời bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

1. Thực hiện kỹ thuật
* Sát khuẩn.
* Gây tê tại chỗ nếu cần.
* Dùng các đầu lấy cao siêu âm làm rung và bật các mảnh cao răng ra khỏi bề mặt răng. Thực hiện theo trình tự sao cho lấy hết cao răng ở các mặt của tất cả các răng, cả cao răng trên lợi và cao răng duới lợi.
* Dùng các cây lấy cao răng cầm tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy đuợc.
* Sử dụng các mũi khoan tốc độ chậm phù hợp làm sạch các mảng bám , các chất ngoại lai và làm nhẵn bề mặt răng và chân răng, tạo điều kiện kiểm sóat mảng bám răng.
* Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích....
* Đánh bóng bề mặt các răng và chân răng.
1. THEO DOI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
2. Trong quá trình điều trị Chảy máu: Cầm máu.
3. Sau quá trình điều trị
* Chảy máu: Cầm máu.
* Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**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.

1. **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.
1. **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.
1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện
* Bác sĩ Răng hàm mặt .
* Trợ thủ.
1. Phương tiện
	1. Dụng cụ
* Ghế máy nha khoa
* Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
	1. Thuốc
* Thuốc tê.
* Thuốc sát khuẩn.
* Dung dịch bơm rửa.
* Vật liệu cầm máu.
* Bông, gạc vô khuẩn.
1. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

1. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu cơ bản. Điện tim Phim Xquang xác định tình trạng răng mọc.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. Kiểm tra hồ sơ bệnh án
3. Kiểm tra người bệnh

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

NHỔ RĂNG SỮA

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa đến tuổi thay.

- Răng sữa gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- BS RHM.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

***2.1. Dụng cụ***

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: gương, gắp….

- Bộ dụng cụ nhổ răng sữa….

***2.2. Thuốc***

- Thuốc tê Lidocaine 10% phun mù, Lidocaine 2% tiêm.

- Thuốc sát khuẩn.

- Gòn, gạc vô khuẩn….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ điều trị**

- Hồ sơ điều trị theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ điều trị**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn Povidine vùng răng cần nhổ

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

- Nhổ răng:

+ Tách lợi.

+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gòn cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

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

Sử dụng Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau trong 5-7 ngày:

* Spiramycin 750.000IU+ Metronidazol 125 mg

Trẻ em: 6 - 10 tuổi : 2 viên/ngày; 10-15 tuổi: 3 viên/ngày.

* Prednisolone 5mg

2 viên/ ngày buổi sáng sau ăn 30 phút.

* Acetamynophen 325mg - 500mg theo cân nặng

2-3 viên/ ngày, chia 2-3 lần, uống sau khi ăn 30 phút./.

**ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM**

**I. 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 kĩ thuật điều trị viêm lợi và loại bỏ các yếu tố kích thích của vi khuẩn ở mảng bám răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi trẻ em do mảng bám.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- BS RHM.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

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....

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Gòn, gạc vô khuẩn.

- Thuốc tê phun Lidocaine 10%.

- Dung dịch oxy già 3 thể tích….

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ điều trị**

Hồ sơ điều trị theo quy định.

**IV- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ điều trị**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn niêm mạc miệng

- 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 ôxy già 3 thể tích .

- Hướng dẫn người bệnh hoặc người giám hộ cách giữ vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng.

**V- THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Sau điều trị:

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

Sử dụng Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau trong 5-7 ngày:

* Spiramycin 750.000IU+ Metronidazol 125 mg

Trẻ em: 6 - 10 tuổi : 2 viên/ngày; 10-15 tuổi: 3 viên/ngày.

* Prednisolone 5mg

2 viên/ ngày buổi sáng sau ăn 30 phút.

* Acetamynophen 325mg - 500mg theo cân nặng

2-3 viên/ ngày, chia 2-3 lần,uống sau khi ăn 30 phút./

**3.CHƯƠNG MẮT**

**THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**
* Các trưòng hợp có tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị) cần thử kính đe có thế cho kính điều chỉnh hoặc phẫu thuật.
* Các trưòng hợp lão thị.
1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.
* Ngưòi bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp để thử kính chính xác.
1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

1. Phương tiện

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

1. Người bệnh

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

1. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

A. **Thử kính cầu**

1. Lựa chọn bảng thị lực thích hợp: ngưòi lớn hoặc trẻ em đã đi học: dùng bảng chữ cái. Trẻ nhỏ hoặc ngưòi không biết chữ dùng bảng hình vẽ hoặc chữ E hoặc vòng hỏ (Landolt).
2. Đặt khoảng cách thử thích hợp tuỳ theo bảng thị lực.
3. Giải thích cho ngưòi bệnh trước khi đo (về bảng thị lực và cách trả lòi).
4. Đo thị lực nhìn xa không kính của từng mức trong khi mắt kia được che kín. Nguyên tắc: thử mắt phải trước, mắt trái sau.
5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theo khoảng cách đồng tử đó.
6. Lựa chọn sô" kính khỏi đầu tùy theo thị lực không kính. Bao giò cũng dùng kính cộng trước, nếu ngưòi bệnh thấy mò hơn thì thay bằng kính trừ cùng sô" đó.
7. Táng dần sô" kính đến khi ngưòi bệnh đạt thị lực tôi đa.
8. Nếu có từ 2 mắt kính khác nhau trỏ lên cùng cho thị lực tối đa thì chọn sô" kính thấp nhất nếu là kính trừ, chọn sô" cao nhất nếu là kính cộng.
9. **Thử kính trụ**
10. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thể được (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tôi đa và kết quả soi bóng đồng tử cho thấy có loạn thị thì phải thử kính trụ.
11. Kính cầu tôi ưu vẫn đặt ỏ trước mắt đang thử.
12. Thêm một kính trụ -0,50 D vào gọng thử, đặt theo trục đã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kính trụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyến thành dạng trụ trừ trước khi thử kinh.
13. Táng dần sô" kính trụ đến khi đạt thị lực tôi đa. Mỗi khi thêm vào -0,50D trụ thì lại thêm +0,25 D cầu (nếu là kính cầu cộng thì sô" táng thêm, nếu là kính cầu trừ thì sô" giảm đi).
14. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trục và công suất kính cầu trong quá trình thử.
15. Cân bằng hai mắt
16. Kính cầu (hoặc cầu - trụ) vừa thử vẫn đặt ỏ gọng thử. Thêm kính cầu +1,00 D cho cả hai mắt. Đo thị lực cả hai mắt mỏ. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải tăng sô" kính cầu mỗi lần +0,25 D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.
17. Che mắt trái, thử mắt phải với kính cầu +1,00 D. Nếu thị lực hai mắt giảm không quá hai dòng thì phải thêm vào sô" kính cầu mỗi lần +0,25 D đến khi thị lực giảm ít nhất hai dòng.
18. Che mắt phải và làm lại bước *2* cho mắt trái.
19. So sánh hai mắt bằng cách che mắt luân phiên.
20. Ghi lại kết quả cuô"i cùng sau khi đã kiểm tra cân bằng hai mắt.
21. **Thử kính đọc sách**

Sau khi đã thử kính nhìn xa tô"t nhất cho từng mắt, giữ nguyên sô" kính nhìn xa, cho thêm kính cộng đều nhau ỏ 2 mắt và táng dần công suất cho đến khi nhìn gần rõ nhất ỏ khoảng cách đọc thích hợp.

**ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

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

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt
* Ngưòi bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp tốt trong quá trình đo.
1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện:Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.
3. Phương tiện: Khúc xạ kế tự động.
4. **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**
* Giải thích cho ngưòi bệnh trước khi đo.

+ Đây là máy để đo khúc xạ của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.

+ Đầu ngưòi bệnh phải cô" định (đảm bảo mi mắt hoặc lông mi không che lấp giác mạc), mắt mỏ to sau mỗi lần chớp.

+ Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trong máy, ngay cả khi hình nhòe đi.

* Bật công tắc máy: không để cằm ngưòi bệnh vào máy trong lúc khỏi động.
* Kiểm tra các chê" độ cài đặt: ấn nút A để chọn chê" độ đo tự động hoàn toàn (FULL AUTO) hoặc nút M để chọn chê" độ đo không tự động (MANUAL).
* Yêu cầu ngưòi bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tì trán.
* Kiểm tra để đảm bảo mắt ngưòi bệnh cùng độ cao với vạch đánh dấu trên giá cố định đầu.
* Kiểm tra mắt ngưòi bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho 3 chấm sáng trên giác mạc ỏ giữa vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống đe 3 chấm sáng thắng hàng với 2 dấu mốc ỏ vị trí 6 và 12 giò.
* Yêu cầu ngưòi bệnh nhìn vật tiêu là mái nhà màu đỏ ỏ tâm của cảnh.
* Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lần hoặc đo 3 lần liên tục.
* In ra kết quả đo.

**KỸ THUẬT CHÍCH CHĂP - LẸO**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Chích chắp - lẹo là kỹ thuật lấy đi ổ chắp hoặc lẹo.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Chích chắp và lẹo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* Chắp, lẹo đang sưng tấy.
* Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.
1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

1. Phương tiện
* Bộ dụng cụ chích chắp.
* Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.
1. Người bệnh
* Giải thích cho ngưòi bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
* Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. Kiểm tra hồ sơ
3. Kiểm tra người bệnh
4. Thực hiện kỹ thuật
	1. *Vô cảm*

Gây tê tại chỗ.

* 1. *Kỹ thuật*
* Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.
* Dùng cặp cố’ đỉnh, cố’ định chắp. Chú ý vặn ốc vừa phải.
* Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ỏ vị trí chắp, nếu rạch ngoài đưòng rạch song song với bò mi, nếu rạch trong đưòng rạch vuông góc với bò mi.
* Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.
* Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.
* Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.
* Băng mắt.
1. **THEO DÕI**
* Đánh giá tình trạng ngưòi bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thưòng báo bác sĩ đe xử trí kịp thòi.
* Hướng dẫn ngưòi bệnh thay băng sau 3 giò. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.
1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**
* Chảy máu: băng ép.
* Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO

1. **ĐẠI CƯƠNG:** Bơm rửa và thông lệ đạo là kỹ thuật làm sạch đưòng dẫn lệ, kiểm tra sự lưu thông và làm thông đưòng dẫn lệ.
2. **CHỈ ĐỊNH**
3. **Bơm rửa lê đạo**
* Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.
* Một sô" trưòng hợp điều trị viêm loét giác mạc.
* Các trưòng hợp nghi ngò tắc hẹp lệ đạo.
* Trước khi tiến hành thông lệ đạo.
1. **Thông lệ đạo**

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

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Áp xe túi lệ.
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người thực hiện**

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

1. **Phương tiện**
* Que nong điểm lệ.
* Bộ que thông lệ đạo với các sô" khác nhau.
* Bơm tiêm, kim bơm rửa lệ đạo.
* Dung dịch nước rnuốĩ sinh lý 0,9%.
* Thuốc tê dicain 1%.
* Dung dịch kháng sinh.
1. **Người bệnh**

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

1. **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**
2. **Kiểm tra hồ sơ**
3. **Kiểm tra người bệnh**
4. **Thực hiện kỹ thuật**
* Ngưòi bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có ngưòi giữ cùng
* Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
* Ngưòi làm thủ thuật đứng ỏ phía đầu ngưòi bệnh.
1. ***Bơm lê đạo***

Cách làm: thưòng bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài đe cố định mi và điếm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, đưa kim thắng góc từ trên xuống vào qua điếm lệ lmm. Quay bơm tiêm 90° vào lệ quản ngang, song song bò mi đến túi lệ, khi chạm vào thành xương thì lùi lại lmm và từ từ bơm nước vào.

Kết quả:

* Nước xuống miệng chứng tỏ lệ đạo thông.
* Phải bơm thật mạnh nước mới xuống miệng hoặc nước vừa xuống miệng vừa trào điếm lệ trên chứng tỏ lệ đạo thông nhưng bị hẹp.
* Nước trào tại chỗ là tắc lệ đạo ỏ lệ quản dưới.
* Nước trào ra lệ quản trên: tắc đoạn nào đó từ cổ túi lệ trỏ xuống ống lệ mũi.
* Khi lệ đạo tắc có nhiều mủ thì cần rửa sạch sau đó mới tiến hành thông lệ đạo.
1. **Thông lê đạo**
* Thông điểm lệ: dùng 1 tay kéo da mi để bộc lộ điểm lệ. Trưòng hợp điểm lệ quá nhỏ có thế tra xanh metylen hoặc thuốc đỏ đe phát hiện dễ hơn. Tay kia cầm que nong đầu nhọn đưa vào điếm lệ vuông góc với bò mi, khi que nong vào được lmm, xoay ngang que nong 90° sao cho song song với bò mi và đẩy vào trong vừa đẩy vừa xoay tròn que nong đe nong rộng điếm lệ. Khi que không vào được nữa rút que nong ra.

Thông lệ quản ngang: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điếm lệ lmm sau đó vào lệ quản ngang sau khi xoay ngang 90° cho đến khi

đầu que thông chạm vào túi lệ và thành xương. Khi que thông đi qua chỗ chít hẹp thì xoay tròn que thông và đẩy từ từ vào trong.

- Thông ống lệ mũi: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điếm lệ lmm vuông góc với bò mi, sau đó xoay ngang que thông 90° và tiếp tục đẩy que thông đi song song với bò mi. Nếu khó đẩy que thông thì cần kéo căng da mi ra phía ngoài đe lệ quản ngang nằm thắng, que thông sẽ vào dễ hơn. Khi đầu que thông chạm vào thành xương (que vào khoảng 1 - l,5cm) xoay que thông lên phía trên một góc 90° sau đó đẩy từ từ xuống phía dưới theo hướng ống lệ mũi (khi đẩy đầu que thông luôn luôn chạm vào thành xương). Rút que thông ra, bơm nước lệ đạo đe kiếm tra. Nếu thông chưa được thì khoảng thòi gian giữa hai lần thông ít nhất là 1 tuần.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÊN**
2. **Chảy máu**

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

1. **Que thông đi sai đường**

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

LẤY BỆNH PHẨM KẾT MẠC

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Lấy bệnh phẩm kết mạc là kỹ thuật lấy bệnh phẩm trong các trưòng hợp ngưòi bệnh bị viêm kết mạc đe xác định tác nhân nhân gây bệnh hoặc nuôi cấy dự phòng trước phẫu thuật đối với những trưòng hợp ngưòi bệnh còn một mắt độc nhất.

1. **CHỈ ĐỊNH**
* Các trưòng hợp viêm kết mạc.
* Nuôi cấy dự phòng trong trưòng hợp phẫu thuật mắt độc nhất.
1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

1. **CHUẨN BỊ**
2. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Vi sinh, bác sĩ chuyên khoa Mắt, kỹ thuật viên xét nghiệm.

1. Phương tiện
* Đèn cồn, cồn 90°, cồn methanol, bông hấp tiệt trùng.
* Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, thuốc gây tê bề mặt.
* Curette, Kimura's spatula đã hấp tiết trùng, tăm bông vô trùng.
* Bộ thuốc nhuộn Gram, bộ thuốc nhuộm Giemsa, thuốc nhuộm methylen blue.
* Lam kính, lá kính sạch, bút viết kính, giá cắm lam, que cấy.

\_ Kính hiển vi, tủ lạnh để sinh phẩm hoá chất, tủ ấm thưòng, tủ ấm C02

* Buồng an toàn sinh học.
* Gưòng hoặc ghế lấy bệnh phẩm, đèn soi.
* Các môi trưòng nuôi cấy: thạch máu, thạch chocolate.
1. Người bệnh
* Trước khi tới làm xét nghiệm không lau các chất tiết, mủ.
* Làm xét nghiệm trước khi sử dụng kháng sinh. Nếu đã sử dụng phải ngừng thuốc ít nhất trước 24 giò (ngoại trừ trưòng hợp viêm kết mạc cấp ỏ trẻ sơ sinh).
* Giải thích để ngưòi bệnh yên tâm và hợp tác.
* Ngưòi bệnh ỏ tư thế thoái mái, phù hợp với cách lấy bệnh phẩm.
1. Hồ sơ bệnh án

Giấy yêu cầu làm xét nghiệm của bác sĩ chuyên khoa.

1. **CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH**
* Ngưòi bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
* Tra 1-2 giọt dicain 1% vào kết mạc cùng đồ dưới mắt cần lấy bệnh phẩm:
* Nhuộm soi tìm vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng: dùng curette hoặc Kimura's spatula lấy tiết tố" kết mạc phết lên 1-2 lam kính sạch. Dàn bệnh phẩm theo đưòng xoắn ốc từ trong ra ngoài, *cố* định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Gram, methylen blue....
* Xét nghiệm tể" bào học: lộn mi trên, dùng curette hoặc Kimura's spatula vô trùng nạo nhẹ kết mạc. Khi nạo đe lấy được tế bào biếu mô, kết mạc phải hơi trắng, tránh đe chảy máu. Dàn bệnh phẩm theo đưòng xoắn ốc từ trong ra ngoài, *cố* định bệnh phẩm bằng cồn methanol. Tiến hành nhuộm Giemsa...
* Nuôi cấy: dùng tăm bông vô trùng làm ẩm bằng nước muối sinh lý 0,9% quệt vào cùng đồ mắt bị viêm, cấy theo hình Zic-Zac vào môi trưòng nuôi cấy. Mỗi ngưòi bệnh cấy một đĩa môi trưòng riêng biệt (Chú ý lấy bệnh phẩm nuôi cấy trước khi tra thuốc gây tê).
1. **THEO DÕI**

Trong khi lấy bệnh phẩm cần theo dõi về trạng thái tinh thần và thể trạng chung của ngưòi bệnh đe kịp xử lý.

1. **TAI BIÊN VÀ XỬ LÝ**

Không có

**ĐO THỊ LỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đo thị lưc giúp đánh giá khẳ năng nhìn của mắt

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Mọi trường hợp khám mắt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ,điều dưỡng chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bảng đo thị lực

**3. Người bệnh**

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

- Tiền sử huyết áp. thước Parent.

**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**

**-**Hướng dẫn cho bệnh nhân cách đo thị lực

- Để bệnh nhân cách bảng thị lực 5m

- Bảng thị lực được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux

- Đo thị lực từng mắt

- Kiểm tra từ hàng chữ to nhất đến hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể nhìn được

- Ghi kết quả kiểm tra

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

 **SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Các bệnh lý về võng mạc dịch kính

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp

- Thuốc: Gianx đồng tử

**3. Người bệnh**

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

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**-**Nhỏ giãn đồng tử

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

- Dùng mắt cùng bên để soi đáy mắt

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

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến

**RẠCH ÁP XE MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Áp xe mi đã khu trú

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe mi sưng tấy.

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích áp xe

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

**3. Người bệnh**

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

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

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch da mi  ở vị trí áp xe ,làm sạch mủ ,để hở vết rạch không khâu

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

**CHÍCH CHẮP,LẸO,NANG LÔNG MI;**

**CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích chắp ,lẹo  là kỹ thuật lấy đi ổ chắp hoặc lẹo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chích chắp và lẹo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chắp, lẹo đang sưng tấy.

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích chắp.

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

**3. Người bệnh**

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

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

- Dùng cặp cố định, cố định chắp. Chú ý vặn ốc vừa phải.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.

- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.

- Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Vết khâu kết mạc đã liền tốt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ kết mạc

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

**3. Người bệnh**

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

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ

- Dùng phanh vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

**VI. THEO DÕI**

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

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân

**LẤY CALCI KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

-         Calci kết mạc

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy calci kết mạc

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

**3. Người bệnh**

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

- Lật mi bộ lộ vị trí lắng đọng calci

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml,phanh vi phẫu để lấy calci

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**:Lấy dị vât kết mạc là để loại bỏ dị vật ra khỏi kết mạc

**II. CHỈ ĐỊNH**: Dị vật kết mạc

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc

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

**3. Người bệnh**

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

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml,phanh vi phẫu để lấy đị vật kết mạc

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

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

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**KHÁM LÂM SÀNG MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các người bệnh có đấu bệnh về mắt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Sinh hiển vi khám mắt

- Bảng thị lực

**3. Người bệnh**

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

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**-**Hỏi bệnh sử

- Thử thị lực

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

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến