

Số: 360/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 30 tháng 12 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa”

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 3906/ QĐ-BYT, ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa”;

Căn cứ Quyết định số 1985/QĐ-SYT, ngày 28/12/2018 của Sở Y tế Lai Châu về việc Ban hành quy định về phân cấp quản lý công tác tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức cho các đơn vị thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 17 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nhãn khoa.

(Có quy trình kỹ thuật chi tiết kèm theo)

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.
- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.
- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Nhãn khoa để áp dụng tại đơn vị.
- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Sở Y tế Lai Châu;
- Lưu: KH.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT

(Kèm theo Quyết định số 360/QĐ-TTYT ngày 30/12/2019 của TTYT Than Uyên)

TT	TÊN QUY TRÌNH
1	Quy trình kỹ thuật bơm rửa lệ đạo
2	Quy trình kỹ thuật thông lệ đạo
3	Quy trình kỹ thuật bóc giả mạc
4	Quy trình kỹ thuật nặn đánh tuyến bờ mi
5	Quy trình kỹ thuật lấy dị vật kết mạc nông
6	Quy trình kỹ thuật rửa bóng mắt
7	Quy trình kỹ thuật khâu da mi đơn giản
8	Quy trình kỹ thuật khâu kết mạc
9	Quy trình kỹ thuật thay băng mắt vô khuẩn
10	Quy trình cắt chỉ khâu da mi đơn giản
11	Quy trình cắt chỉ khâu kết mạc
12	Quy trình kỹ thuật thử kính đo khúc xạ chủ quan
13	Quy trình kỹ thuật soi đáy mắt trực tiếp
14	Quy trình kỹ thuật đo nhãn áp kế maclakop
15	Quy trình kỹ thuật đo khúc xạ tự động
16	Quy trình kỹ thuật soi bóng đồng tử
17	Quy trình kỹ thuật chích chắp- lệ

BƠM RỬA LỆ ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bơm rửa lệ đạo

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe túi lệ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

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.

Cách làm: thường bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài để cố định mi và điểm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, đưa kim thẳng góc từ trên xuống vào qua điểm lệ 1mm. Quay bơm tiêm 90⁰ vào lệ quả ngang, song song bờ mi đến túi lệ, khi chạm vào thành xương thì lùi lại 1mm và từ từ bơm nước vào.

Kết quả:

- Nước xuống miệng chứng tỏ lệ đạo thông.
- Phải bơm thật mạnh nước mới xuống miệng hoặc nước vừa xuống miệng vừa trào điểm lệ trên chứng tỏ lệ đạo thông nhưng bị hẹp.
- Nước trào tại chỗ là tắc lệ đạo ở lệ quả dưới.

- Nước trào ra lệ quản trên: tắc đoạn nào đó từ cổ túi lệ trở xuống ống lệ mũi.

- Khi lệ đạo tắc có nhiều mủ thì cần rửa sạch sau đó mới tiến hành thông lệ đạo.

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.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: BƠM THÔNG LỆ ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe túi lệ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.

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

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

- Thông ống lệ mũi: dùng que nong nong rộng điểm lệ. Đưa que thông vào điểm lệ 1mm vuông góc với bờ mi, sau đó xoay ngang que thông 90^0 và tiếp tục đẩy que thông đi song song với bờ mi. Nếu khó đẩy que thông thì cần kéo căng da mi ra phía ngoài để lệ quản ngang nằm thẳng, que thông sẽ vào dễ hơn. Khi đầu que thông chạm vào thành xương (que vào khoảng 1 - 1,5cm) xoay que thông lên phía trên một góc 90^0 sau đó đẩy từ từ xuống phía dưới theo hướng ống lệ mũi (khi đẩy đầu que thông luôn luôn chạm vào thành xương). Rút que thông ra, bơm nước lệ đạo để kiểm tra. Nếu thông chưa được thì khoảng thời gian giữa hai lần thông ít nhất là 1 tuần.

VI. THEO DÕI

- 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

1. Chảy máu

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

2. Que thông đi sai đường

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

BÓC GIẢ MẠC

Giả mạc là các sợi fibrin của phản ứng viêm tạo nên trên bề mặt kết- giác mạc tạo thành màng giả. Nếu không được bóc đi sẽ ngày càng dày và gây tổn thương giác mạc, để lại sẹo giác mạc gây mù lòa.

I. ĐẠI CƯƠNG

Giả mạc là các sợi fibrin của phản ứng viêm tạo nên trên bề mặt kết- giác mạc tạo thành màng giả. Nếu không được bóc đi sẽ ngày càng dày và gây tổn thương giác mạc, để lại sẹo giác mạc gây mù lòa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm kết mạc cấp có giả mạc
- Giả mạc trong hội chứng Steven- Johnson

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu: Dicain 5%(Lidocain)
- Thuốc sát trùng, kháng sinh tra mắt
- Băng ướt

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành thủ thuật

- Gây tê bề mặt nhãn cầu
- Kiểm tra tình trạng giác mạc đánh giá tổn thương nếu có
- Lật từng mi dùng băng ướt bóc giả mạc theo chiều ngang của mắt, tránh

va chạm vào giác mạc

- Tra thuốc sát trùng
- Tra mỡ kháng sinh

V. THEO DÕI

- Kháng sinh, chống viêm tra mắt
- Hẹn khám lại

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : băng và theo dõi
- Trợt biểu mô giác mạc : tra thuốc kháng sinh, vitamin A và theo dõi.

NẶN, ĐÁNH TUYẾN BỜ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Thuốc:

+ Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain 1%.

+ Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.

- Dụng cụ:

+ Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.

+ Thanh đèn.

+ Tăm bông nhỏ.

3. Người bệnh

Được giải thích về phương pháp và các thì 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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC NÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật kết mạc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc

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

3. Người bệnh

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml, phan vi phẫu để lấy dị 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.

RỬA BỔNG MẮT

I. Là một bệnh cấp cứu trong nhãn khoa.

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

II. Tác nhân gây bệnh:

1. Do nhiệt:

- Dầu mỡ sôi.
- Kim loại nóng chảy.
- Tia xạ : Cục tím - Ronghen.
- Điện và tuyết CO₂.

2. Do hoá chất:

- Do Bazơ: Vôi sống, vôi tôi, Amoniac....
- Do Axit: H₂SO₄, HCL, Axit Axetic, Alhydrit.
- Do các chất kích thích ăn mòn: Phốt phát, CL, Flo, Oxy.

3. Do các chất gây phỏng dộp da.

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

III. Nguyên tắc chung - Điều trị:

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

IV. Hình thái lâm sàng:

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

1. Hình thái lành tính:

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

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

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

- Mi phù, lớp thượng bì đỏ nề.
- Kết mạc phù nề, có hoại tử khu trú, huyết quản ứ máu.
- Giác mạc: Biểu mô bong toàn bộ, lớp mô nhục bộc lộ phù nề.
- Tiền phòng có dấu hiệu Tyldan (++)

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

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

- Kết mạc hoại tử rộng do thiếu máu.
- Giác mạc màu trắng sứ, không xem rõ tiền phòng và bóng mắt.
- Có phản ứng thể mi, Tyldan (++)
- Mức độ nặng có thể loét, hoại tử nhãn cầu.

V. Tiên lượng:

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

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

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

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

VI. Điều trị.

1. Loại trừ tác nhân gây bỏng.

- Gấp bỏ tác nhân gây bỏng nếu có.
- Rửa mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý, nước sạch rửa nhiều lần.
- Những ngày sau rửa mắt tiếp tục.
- Tốt nhất được theo dõi khi PH về bình thường.

2. Giảm đau

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

3. Chống dính:

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

4. Dinh dưỡng kết mạc – giác mạc:

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

5. Chống nhiễm trùng:

- Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

6. Điều trị biến chứng và di chứng:

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

KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN

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 nylon, 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, bấm 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.

KHÂU KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương kết mạc là bước cấp cứu ban đầu quan trọng nhằm đóng kín vết thương, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương rách kết mạc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp:

- 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 thuật.
- Chỉ liên kim nilon 9-0 ,10-0

3. Người bệnh

- Khai thác bệnh sử và đánh giá tổn thương.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng, 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 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
- Gây mê đối với trẻ em hoặc người không có khả năng phối hợp để phẫu thuật

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi để bộc lộ vết rách kết mạc
- Làm sạch mép vết thương.
- Khâu mũi rời hoặc khâu vắt.
- 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

- Chảy máu: băng ép hoặc đốt cầm máu

THAY BĂNG MẮT VÔ KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định thay băng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

2. Phương tiện

Dụng cụ:

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

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị tăm bông, băng sạch ra khay vô khuẩn.
- Dùng kẹp phẫu tích sạch hoặc băng tay bóc băng nhện hàng.
- Tra dung dịch natri clorua 0,9% vào góc trong mắt thay băng và làm ẩm đầu bông.

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

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

- Tra thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu da mi đã liền tốt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

3. Người bệnh

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

- Tiền sử huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

.- Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

- Dùng phanh kẹp chỉ, kéo cắt đứt chỉ khâu

- Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra

-. Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

VI. THEO DÕI

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

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.

THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.
- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp để thử kính chính xác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thử kính cầu

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

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

3. Giải thích cho người bệnh trước khi đo (về bảng thị lực và cách trả lời).

4. Đo thị lực nhìn xa không kính của từng mức trong khimắt kia được che kín. Nguyên tắc: thử mắt phải trước, mắt trái sau.

5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theo khoảng cách đồng tử đó.

6. Lựa chọn số kính khởi đầu tùy theo thị lực không kính. Bao giờ cũng dùng kính cộng trước, nếu người bệnh thấy mờ hơn thì thay bằng kính trừ cùng số đó.

7. Tăng dần số kính đến khi người bệnh đạt thị lực tối đa.

8. Nếu có từ 2 mắt kính khác nhau trở lên cùng cho thị lực tối đa thì chọn số kính thấp nhất nếu là kính trừ, chọn số cao nhất nếu là kính cộng.

2. Thử kính trụ

1. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thể được (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tối đa và kết quả soi bóng đồng tử cho thấy có loạn thị thì phải thử kính trụ.

2. Kính cầu tối ưu vẫn đặt ở trước mắt đang thử.

3. Thêm một kính trụ $-0,50$ D vào gọng thử, đặt theo trục đã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kính trụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyển thành dạng trụ trừ trước khi thử kính.

4. Tăng dần số kính trụ đến khi đạt thị lực tối đa. Mỗi khi thêm vào $-0,50$ D trụ thì lại thêm $+0,25$ D cầu (nếu là kính cầu cộng thì số tăng thêm, nếu là kính cầu trừ thì số giảm đi).

5. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trục và công suất kính cầu trong quá trình thử.

3. Cân bằng hai mắt

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

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

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

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

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

4. Thử kính đọc sách

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến

ĐO NHÃN ÁP KẾ MACLAKOP

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra y lệnh.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bật đèn cồn.
- Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo.
- Mắc quả cân vào tay cầm, lau sạch quả cân bằng dung dịch cồn sát trùng. Hơ quả cân trên ngọn lửa đèn cồn.
- Tắm mực in vào 2 đầu quả cân cho thật đều, hơ lại quả cân lên ngọn lửa đèn cồn.
- Hướng dẫn người bệnh đưa tay ra trước mắt, mắt nhìn thẳng vào ngón tay trở (Nếu đo mắt phải, người bệnh đưa tay trái ra hoặc ngược lại). Điều chỉnh ngón tay của người bệnh sao cho giác mạc nằm ngang và chính giữa khe mi.

-Tay phải cầm tay cầm quả cân tay, trái vành hai mi chú ý không được đè tay vào nhãn cầu. Đặt quả cân thẳng góc chính giữa giác mạc, từ từ đặt quả cân đè lên giác mạc. Đưa nhẹ tay cầm xuống dưới, khi tay cầm đưa xuống quá nửa chiều cao quả cân nhắc nhanh quả cân ra khỏi mắt.

-Lấy bông tẩm cồn 90⁰ bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy.

-Dùng thước đo, đo đường kính của diện tiếp xúc, ghi kết quả đo.

-Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinh vào mắt vừa đo.

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TẠI BIẾN

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

ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG

I.ĐẠI CƯƠNG

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

II.CHỈ ĐỊNH

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

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV.CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

2.Phương tiện

Khúc xạ kế tự động.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh trước khi đo.
- + Đây là máy để đo khúc xạ của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.
- + Đầu người bệnh phải cố định (đảm bảo mi mắt hoặc lôngmi không che lấp giác mạc), mắt mở to sau mỗi lần chớp.
- + Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trong máy, ngay cả khi hình nhòe đi.
- Bật công tắc máy: không để cầm người bệnh vào máy trong lúc khởi động.
- Kiểm tra các chế độ cài đặt: ấn nút A để chọn chế độ đo tự động hoàn toàn (FULL AUTO) hoặc nút M để chọn chế độ đo không tự động (MANUAL).
- Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng từ trán.
- Kiểm tra để đảm bảo mắt người bệnh cùng độ cao với vạch đánh dấu trên giá cố định đầu.
- Kiểm tra mắt người bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho 3 chấm sáng trên giác mạc ở giữa vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống để 3 chấm sáng thẳng hàng với 2 dấu mốc ở vị trí 6 và 12 giờ.
- Yêu cầu người bệnh nhìn vật tiêu là mái nhà màu đỏ ở tâm của cảnh.
- Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lần hoặc đo 3 lần liên tục.
- In ra kết quả đo.

SOI BÓNG ĐỒNG TỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi bóng đồng tử là một phương pháp đánh giá khúc xạ khách quan.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

-Người bệnh đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.

-Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp tốt để soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Một máy soi bóng đồng tử hình khe, hộp kính và gọng kính thử, thước Parent.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra người bệnh

Có yêu cầu và có đầy đủ các điều kiện để soi bóng đồng tử.

2. Thực hiện kỹ thuật

-Thực hiện trong điều kiện phòng ánh sáng yếu để cho đồng tử không co nhỏ.

-Người bệnh ngồi trước mặt người khám, và mắt nhìn qua tai người khám hướng vào một vật tiêu ở xa.

-Chọn khoảng cách đo (khoảng cách làm việc) tùy theo người khám.

Khoảng cách đo thường dùng là 50cm.

-Chỉnh máy soi bóng đồng tử ở chế độ chùm sáng song song (lúc này khe sáng chiếu lên tường không còn rõ nét nữa), đầu tiên để khe sáng theo hướng dọc.

-Mắt người khám nhìn qua thị kính của máy và hướng chùm sáng vào đồng tử người bệnh. Đầu tiên để khe sáng để theo hướng dọc. Quét khe sáng ngang qua đồng tử. Quan sát chuyển động của bóng đồng tử so với khe sáng để xem bóng cùng chiều, ngược chiều, hoặc tỏa lan. Đồng thời đánh giá 3 yếu tố: tốc độ, độ sáng, và độ rộng của bóng đồng tử.

-Xoay khe sáng về hướng ngang và lại quét dọc khe sáng qua đồng tử. Quan sát và đánh giá như bước 5.

-Trường hợp bóng đồng tử không cùng hướng với khe sáng (loạn thị chéo) thì xoay khe sáng của máy theo hướng chéo cho trùng với hướng của bóng đồng tử và thực hiện tiếp tục các bước trên.

-Phương pháp dùng 2 kính cầu để trung hòa bóng đồng tử (khoảng cách đo 50cm):

+Nếu bóng tỏa lan ngay mà chưa đặt thêm kính thì công suất của mắt ở kính tuyến đó là -2,00 D. Không cần trung hòa nữa.

+Nếu bóng cùng chiều thì cần dùng kính cộng để trung hòa bóng đồng tử. Nếu bóng ngược chiều dùng kính trừ để trung hòa bóng đồng tử. Dùng thanh

thước soi bóng đồng tử hoặc các mắt kính rời (đặt vào gọng kính thử). Thay đổi công suất kính đến khi thấy bóng tỏa lan.

+ Lấy số điốp của mắt kính cho bóng tỏa lan trừ đi 2 D (công suất kính cho khoảng cách đo 50cm) sẽ được công suất khúc xạ của trục tương ứng. Nếu 2 trục chính (vuông góc) có công suất bằng nhau thì mắt không có loạn thị.

Thí dụ: quét khe sáng theo hướng ngang, công suất kính cho bóng tỏa lan là +4,00 D thì công suất của trục ngang là +2,00 D. Quét khe sáng theo hướng dọc, công suất kính cho bóng tỏa lan là -1,00 D thì công suất trục dọc là -3,00 D. Khúc xạ của mắt được ghi bằng chữ thập quang học như sau:

Công suất của mắt này cần kính điều chỉnh là:

$$+2,00 - 5,00 \times 180$$

Thay cho phương pháp sử dụng 2 kính cầu, cũng có thể sử dụng một kính cầu và một kính trụ để tìm công suất trụ theo cách sau:

- Đầu tiên trung hòa một trục bằng một kính cầu.

+ Nếu cả 2 trục cùng chiều thì trung hòa trục có bóng chậm hơn, tối hơn, và mảnh hơn.

+ Nếu cả 2 trục ngược chiều thì trung hòa trục có bóng nhanh hơn, sáng hơn, và dày hơn.

+ Nếu một trục cùng chiều và một trục ngược chiều thì trung hòa trục cùng chiều trước.

- Sau đó trung hòa trục còn lại bằng một kính trụ tròn.

- Đọc kết quả (công suất và trục) kính điều chỉnh ở 2 mắt kính trên gọng thử.

KỸ THUẬT CHÍCH CHẤP - LỢ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chíchchấp - lợ là kỹ thuật lấy đi ổ chấp hoặc lợ.

II. CHỈ ĐỊNH

Chíchchấp và lợ khi đã hình thành mũ và ổ viêm khu trú có điểm mũ trắng hoặc thànhbọc như hạt đỗ dưới da mi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

-Chấp, lợ đang sung tấy.

-Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

2. Phương tiện

-Bộ dụng cụ chích chấp.

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

3. Người bệnh

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

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

-Dùng cặp cố định, cố định chấp. Chú ý vận ốc vừa phải.

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

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

-Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.

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

-Băng mắt.

VI. THEO DÕI

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

-Chảy máu: băng ép.

-Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.