SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂN ĐỊNH

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

QUYỂN 1

Năm 2026
Lưu hành nội bộ

MỤC LỤC

MỤC LỤC **1**
CHƯƠNG I: CẤP CỨU **15**
1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU 17
2. QUY TRÌNH ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG BẰNG ỐNG THÔNG TIỂU 20
3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN 23
4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY 25
5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU 28
6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ TRONG CẤP CỨU 30
7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN 32
8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY 35
9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ AN THẦN GIÃN CƠ < 8 GIỜ TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC 37
10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐIỆN TIM 40
11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH 44
12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC 46
13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ 48
14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NẸP BỘT VÀ MÁNG BỘT 50
15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG NGỰC 53
16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ ÔXY QUA GỌNG KÍNH 56
17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI 58
18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT 60
19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU 61
20. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU 63
21. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ 65
CHƯƠNG II: CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH **69**
PHẦN 1: X-QUANG **71**
22. QUY TRÌNH CHỤP SỌ THẲNG 73
23. QUY TRÌNH CHỤP SỌ NGHIÊNG 74
24. QUY TRÌNH CHỤP BLONDEAU 75
25. QUY TRÌNH CHỤP SỌ HIRTZ 76
26. QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG CỔ THẲNG 77
27. QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG CỔ NGHIÊNG 78

28. QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG THẮT LƯNG THẲNG 79
29. QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGHIÊNG 80
30. QUY TRÌNH CHỤP KHỚP VAI THẲNG 81
31. QUY TRÌNH CHỤP KHỚP VAI CHẾCH 82
32. QUY TRÌNH CHỤP LỒNG NGỰC THẲNG 83
33. QUY TRÌNH CHỤP CỘT LỒNG NGỰC NGHIÊNG 84
34. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CÁNH TAY THẲNG 85
35. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CÁNH TAY NGHIÊNG 86
36. QUY TRÌNH CHỤP KHỚP KHUỶU THẲNG 87
37. QUY TRÌNH CHỤP CẲNG TAY THẲNG 88
38. QUY TRÌNH CHỤP CẲNG TAY NGHIÊNG 89
39. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CỔ TAY THẲNG 90
40. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CỔ TAY NGHIÊNG 91
41. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN TAY THẲNG 92
42. QUY TRÌNH CHỤP KHỚP HÁNG THẲNG HAI BÊN 93
43. QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG KHỚP HÁNG NGHIÊNG 94
44. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG ĐÙI THẲNG 95
45. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG ĐÙI NGHIÊNG 96
46. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP GỐI THẲNG 97
47. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP GỐI NGHIÊNG 98
48. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CẲNG CHÂN THẲNG 99
49. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CẲNG CHÂN NGHIÊNG 100
50. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP CỔ CHÂN THẲNG 101
51. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP CỔ CHÂN NGHIÊNG 102
52. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN CHÂN THẲNG 103
53. QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN CHÂN NGHIÊNG 104
54. QUY TRÌNH CHỤP X QUANG RĂNG CẬN CHÓP 105

PHẦN 2: CẮT LỚP VI TÍNH 107

55. QUY TRÌNH CHỤP CLVT SỌ NÃO KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG 109
56. QUY TRÌNH CHỤP CLVT SỌ NÃO CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG 111
57. QUY TRÌNH CHỤP CLVT LỒNG NGỰC KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT 113
58. QUY TRÌNH CHỤP CLVT LỒNG NGỰC CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT 114
59. QUY TRÌNH CHỤP CLVT TIỂU KHUNG THƯỜNG QUY 116
60. QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT 118

61. QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐỘNG MẠCH VÀNH.....120
62. QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM MẶT CÓ DỰNG HÌNH 3D 122
63. QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM-MẶT KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG 124
64. QUY TRÌNH CHỤP CLVT TẦNG TRÊN Ổ BỤNG THƯỜNG QUY 126
65. QUY TRÌNH CHỤP CLVT TẦNG TRÊN Ổ BỤNG THƯỜNG QUY 128
66. QUY TRÌNH CHỤP CLVT HỆ TIẾT NIỆU KHẢO SÁT MẠCH THẬN VÀ DỰNG ĐƯỜNG BÀI XUẤT 130
67. QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐẠI TRÀNG CÓ NỘI SOI ẢO.....132
68. QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG NGỰC KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT 134
69. QUY TRÌNH CHỤP CLVT XƯƠNG CHI KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT.....136
70. QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐỘNG MẠCH CHỦ-CHẬU.....138
71. QUY TRÌNH CHỤP CLVT MẠCH MÁU CHI DƯỚI 140
72. QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG CỔ KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG 142
73. QUY TRÌNH CHỤP CLVT BỤNG-TIỂU KHUNG THƯỜNG QUY.....144
74. QUY TRÌNH CHỤP CLVT HỆ TIẾT NIỆU THƯỜNG QUY 146
75. QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ DỰNG HÌNH 3D ..148
76. QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT 150
77. QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM-MẶT CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG 152

PHẦN 3: SIÊU ÂM.....155

78. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM MẠCH MÁU.....157
79. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TIM.....159
80. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM BỤNG.....161
81. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM PHẦN MỀM.....163
82. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP 165
83. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TUYẾN VÚ.....167
84. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TỬ CUNG PHẦN PHỤ NGẢ ÂM ĐẠO .169
85. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM THAI.....171

PHẦN 4: NỘI SOI 173

86. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CẤP CỨU.....175
87. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ 177
88. NỘI SOI CAN THIỆP - LÀM CLO TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM H.PYLORI ..179
89. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT.....180

90. NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT.....182
91. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU.....184
92. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT.....185
93. NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT.....187
94. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT.....189
95. NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA Ổ CÓ SINH THIẾT.....191
96. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU 193
97. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ.....195
98. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT..198
99. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT.....201
100. NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM CẦM MÁU.....204
101. NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CẦM MÀU 206
102. NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT 1 POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1 CM 208
CHƯƠNG III: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG 211
103. ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG 213
104. ĐIỀU TRỊ BẰNG DÒNG ĐIỆN MỘT CHIỀU ĐỀU.....214
105. ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁY KÉO GIÃN CỘT SỐNG.....215
106. ĐIỀU TRỊ BẰNG PARAFIN 217
107. ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM.....218
108. ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM.....219
109. TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG 220
CHƯƠNG IV: Y HỌC CỔ TRUYỀN 223
110. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ.....225
111. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG – HÔNG 227
112. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI.....229
113. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG 231
114. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY 233
115. QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP.....235
CHƯƠNG V: GÂY MÊ HỒI SỨC 237
116. CHỌC TỦY SỐNG ĐƯỜNG BÊN.....239
117. CHỌC TỦY SỐNG ĐƯỜNG GIỮA.....242
118. ĐẶT MASK THANH QUẢN KINH ĐIỂN HOẶC TƯƠNG ĐƯƠNG 245
119. ĐẶT MASK THANH QUẢN PROSEAL HOẶC TƯƠNG ĐƯƠNG 247
120. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG CÓ VÒNG XOẮN KIM LOẠI.....249
121. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG MIỆNG.....253

122. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG MŨI 257
123. KỸ THUẬT GÂY TÊ CỔ TAY 261
124. KỸ THUẬT GÂY TÊ ĐÁM RỐI CÁNH TAY ĐƯỜNG NÁCH 264
125. KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI CỔ NÔNG 268
126. KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI CỔ SÂU.....272
127. KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG GIAN CƠ BẬC THANG....276
CHƯƠNG VI: MẮT 281
128. CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER 283
129. PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỦNG GIÁC MẠC.....285
130. LASER TẠO HÌNH GÓC TIỀN PHÒNG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG...287
131. PHẪU THUẬT CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI (CHU BIÊN) 289
132. PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU THỂ THỦY TINH BẰNG LASER.....291
133. THỦ THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ MŨI ĐIỀU TRỊ HẸP VÀ TẮC LỆ ĐẠO 293
134. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG 295
135. PHẪU THUẬT CẮT U DẠNG BÌ KẾT - GIÁC MẠC.....297
136. THỦ THUẬT TIÊM NỘI NHÃN.....299
137. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG DA MI 302
138. PHẪU THUẬT CẮT U MI.....304
139. PHẪU THUẬT QUẶM MI TUỔI GIÀ 306
140. PHẪU THUẬT SỬA SA DA MI TRÊN VÀ DƯỚI.....307
141. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA LÔNG MÀY DO TUỔI GIÀ 308
142. PHẪU THUẬT TẠO NẾP GẤP MI TRÊN 309
143. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BỌNG MỠ MI).....310
144. PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO).....312
145. THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN 314
146. ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG.....316
147. SOI BÓNG ĐỒNG TỬ.....317
148. ĐẶT VÀ THÁO KÍNH TIẾP XÚC.....319
149. KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LẸO 321
150. NẶN TUYẾN BỜ MI 322
151. BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO.....323
152. THAY BĂNG MẮT VÔ KHUẨN 325
153. NHỎ THUỐC VÀO MẮT.....326
154. ĐO NHÃN ÁP KẾ MACLAKOP 328

155. TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THẾ BẰNG SIÊU ÂM AB.....330
CHƯƠNG VII: RĂNG – HÀM – MẶT.....331
156. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT 333
157. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT 335
158. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG HỖN HỢP ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT 337
159. PHẪU THUẬT ĐẶT XƯƠNG NHÂN TẠO VÀ MÀNG SINH HỌC QUANH IMPLANT 339
160. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT.....341
161. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT 343
162. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT.....345
163. PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU HỖN HỢP ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT 347
164. CẤY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ SAU NHỔ RĂNG 349
165. PHẪU THUẬT TĂNG LỢI SỪNG HÓA QUANH IMPLANT 351
166. PHẪU THUẬT ĐẶT LƯỚI TITANIUM TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN 353
167. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHÊ CHÂN RĂNG BẰNG GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO VÀ ĐẶT MÀNG SINH HỌC 355
168. PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT TRƯỢT ĐẨY SANG BÊN CÓ GHÉP NIÊM MẠC 357
169. PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT NIÊM MẠC TOÀN PHẦN 360
170. PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG GHÉP MÔ LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ 362
171. PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT TRƯỢT SANG BÊN ...365
172. PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG ĐẶT MÀNG SINH HỌC.....367
173. PHẪU THUẬT VẠT NIÊM MẠC LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH 369
174. PHẪU THUẬT GHÉP BIỂU MÔ VÀ MÔ LIÊN KẾT LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH 371
175. PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG 373
176. PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG.....375
177. NẠO TÚI LỢI.....377
178. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI.....378
179. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG NẸP KIM LOẠI 380
180. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG DÂY CUNG KIM LOẠI VÀ COMPOSITE 382
181. ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG CẤP 384

182. ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG MẠN....386
183. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG....388
184. CHÍCH APXE LỢI....390
185. KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG....391
186. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG CÓ SỬ DỤNG SIÊU ÂM VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NGUỘI....393
187. ĐIỀU TRỊ TUỶ RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TUỶ BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI.....396
188. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY....399
189. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY....402
190. CHỤP TỦY BẰNG MTA/Biodentine/ VẬT LIỆU SINH HỌC....405
191. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG VĨNH VIỄN....407
192. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG THỦNG SÀN BẰNG MTA/Biodentine....409
193. ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI....412
194. PHẪU THUẬT NỘI NHA CÓ CẮT BỎ CHÂN RĂNG VÀ MỘT PHẦN THÂN RĂNG....415
195. PHẪU THUẬT NỘI NHA HÀN NGƯỢC ỐNG TỦY....417
196. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT KẾT HỢP COMPOSITE....419
197. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE....421
198. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT....423
199. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG GLASS IONOMER CEMENT....425
200. PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE....427
201. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ....429
202. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY....431
203. PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG CHỐT CHÂN RĂNG BẰNG CÁC VẬT LIỆU KHÁC NHAU....433
204. VENEER COMPOSITE TRỰC TIẾP....435
205. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG CÓ SỬ DỤNG ĐÈN PLASMA....437
206. TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY....439
207. TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG BẰNG MÁNG THUỐC....441
208. ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG MÁNG VỚI THUỐC CHỐNG Ê BUỐT.....442
209. ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG THUỐC BÔI (CÁC LOẠI)....443
210. CHỤP SỨ TITANIUM GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT....445

211. CHỤP SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT 447
212. PHỤC HÌNH GẮN CEMENT CHỤP SỨ TITANIUM TRÊN IMPLANT.....449
213. PHỤC HÌNH GẮN CEMENT CHỤP SỨ TOÀN PHẦN TRÊN IMPLANT.....451
214. CẦU SỨ TITANIUM GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT.....453
215. CẦU SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT 455
216. CẦU SỨ TITANIUM GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT 457
217. CẦU SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT 459
218. HÀM GIẢ TOÀN PHẦN DẠNG CÚC BẤM TỰA TRÊN IMPLANT.....461
219. CHỤP NHỰA 463
220. CHỤP THÉP (KIM LOẠI) 465
221. CHỤP HỢP KIM THƯỜNG CẨN SỨ 467
222. CHỤP HỢP KIM TITANIUM CẨN SỨ.....469
223. CHỤP SỨ TOÀN PHẦN.....471
224. CHỤP HỢP KIM QUÝ CẨN SỨ.....473
225. CẦU NHỰA.....475
226. CẦU HỢP KIM THƯỜNG (CẦU THÉP) 477
227. CẦU SỨ KIM LOẠI THƯỜNG.....479
228. CẦU HỢP KIM TITANIUM CẨN SỨ 481
229. CẦU HỢP KIM QUÝ CẨN SỨ 483
230. CẦU SỨ TOÀN PHẦN 485
231. PHỤC HÌNH CHỐT CÙI ĐÚC KIM LOẠI 487
232. PHỤC HÌNH CÙI ĐÚC TITANIUM 489
233. PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY KIM LOẠI 491
234. PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY HỢP KIM TITAN 493
235. PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY SỨ TOÀN PHẦN.....495
236. PHỤC HÌNH VENEER COMPOSITE GIÁN TIẾP 497
237. PHỤC HÌNH VENEER SỨ TOÀN PHẦN 499
238. HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA THƯỜNG 501
239. HÀM GIẢ THÁO LẮP TOÀN PHẦN NỀN NHỰA THƯỜNG 503
240. HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA DẺO 505
241. HÀM KHUNG KIM LOẠI.....507
242. HÀM KHUNG TITANIUM 509
243. ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN NGHIẾN RĂNG BẰNG MÁNG.....511
244. THÁO CẦU RĂNG GIẢ.....513
245. THÁO CHỤP RĂNG GIẢ.....515
246. SỬA HÀM GIẢ GÃY 516

247. THÊM RĂNG CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP 518
248. THÊM MÓC CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP.....520
249. ĐỆM HÀM NHỰA THƯỜNG.....522
250. SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT MÔI 524
251. SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU ĐẨY LƯỠI.....526
252. SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT NGÓN TAY 528
253. LẤY LẠI KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH.....530
254. NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ỐC NONG NHANH 532
255. NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ QUAD HELIX.....534
256. NẮN CHỈNH RĂNG /HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG SỬ DỤNG HEADGEAR.....536
257. ĐIỀU TRỊ CHỈNH HÌNH RĂNG MẶT SỬ DỤNG KHÍ CỤ FACE MASK VÀ ỐC NONG NHANH.....538
258. NẮN CHỈNH RĂNG/HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG SỬ DỤNG CHIN-CUP 540
259. DUY TRÌ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 542
260. SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH NANCE LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG 544
261. SỬ DỤNG CUNG NGANG VÕM KHẨU CÁI (TPA) LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG 546
262. SỬ DỤNG CUNG LƯỠI LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG.....548
263. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG NEO CHẶN BẰNG MICROIMPLANT 550
264. NẮN CHỈNH RĂNG XOAY SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 552
265. NẮN CHỈNH RĂNG MỌC NGẦM.....554
266. NẮN CHỈNH RĂNG LẠC CHỖ SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 556
267. QUY TRÌNH GIỮ KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH CUNG NGANG KHẨU CÁI (TPA) 558
268. QUY TRÌNH GIỮ KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH L.A 560
269. KỸ THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 562
270. KỸ THUẬT DÁN MẮC CÀI TRỰC TIẾP SỬ DỤNG ĐÈN QUANG TRÙNG HỢP 564
271. QUY TRÌNH GẮN MẮC CÀI MẶT NGOÀI BẰNG KỸ THUẬT GẮN GIÁN TIẾP 566
272. SỬ DỤNG MẮC CÀI TỰ BUỘC TRONG NẮN CHỈNH RĂNG.....568

273. KỸ THUẬT LÀM LÚN CÁC RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG DÂY CUNG BẺ LOOP L HOẶC DÂY CUNG ĐẢO NGƯỢC ĐƯỜNG CONG SPEE CÓ BẺ LOOP 570
274. KỸ THUẬT LÀM LÚN CÁC RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG DÂY CUNG TIỆN ÍCH (UTILITY ARCHWIRE) VÀ CUNG PHỤ LÀM LÚN RĂNG CỬA572
275. KỸ THUẬT LÀM TRỒI RĂNG HÀM NHỎ HÀM DƯỚI SỬ DỤNG KHÍ CỤ GẮN CHẶT 574
276. KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG RĂNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH.....576
277. ĐIỀU CHỈNH ĐỘ NGHIÊNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 578
278. KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....580
279. KỸ THUẬT NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP 582
280. NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP 584
281. QUY TRÌNH DUY TRÌ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....586
282. KỸ THUẬT NẮN CHỈNH RĂNG XOAY SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....588
283. GIỮ KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....590
284. KỸ THUẬT NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....592
285. LÀM LÚN RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP TẤM CẮN (BITE PLATE) HOẶC MẶT PHẲNG CẮN PHÍA TRƯỚC (ANTERIOR BITE PLANE).....594
286. KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....596
287. SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT MÔI 598
288. SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU ĐẨY LƯỠI....600
289. SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT NGÓN TAY 602
290. ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU THỞ MIỆNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP 604
291. KỸ THUẬT GẮN BAND 606
292. MÁNG ĐIỀU TRỊ ĐAU KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 608
293. MÁNG NÂNG KHỚP CẮN.....610
294. KỸ THUẬT MÀI CHỈNH KHỚP CẮN.....612
295. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ.....614
296. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM 616
297. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN 618
298. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH 620
299. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN 622
300. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG.....624

301. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN 626
302. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY 628
303. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN 629
304. NHỔ RĂNG THỪA 630
305. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG CÓ TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG 632
306. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG 634
307. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC 635
308. PHẪU THUẬT NẠO QUANH CUỐNG RĂNG 636
309. PHẪU THUẬT CẮT CUỐNG RĂNG 638
310. LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI 640
311. CẮT PHANH NIÊM MẠC ĐỂ LÀM HÀM GIẢ 642
312. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI 643
313. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI 645
314. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ 647
315. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP 649
316. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP 650
317. TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT 652
318. HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT 654
319. PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG VỚI THUỐC BÔI BỀ MẶT 656
320. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC. 657
321. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG SỮA 659
322. ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỮA 661
323. ĐIỀU TRỊ ĐÓNG CUỐNG RĂNG BẰNG CANXI HYDROXIT 663
324. ĐIỀU TRỊ ĐÓNG CUỐNG RĂNG BẰNG MTA/Biodentine 665
325. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT 667
326. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP THÉP 669
327. NHỔ RĂNG SỮA 671
328. NHỔ CHÂN RĂNG SỮA 673
329. CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM 674
330. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM (DO MẢNG BÁM) 675
331. PHẪU THUẬT CẮT LỒI XƯƠNG 676
332. PHẪU THUẬT LÀM SÂU NGÁCH TIỀN ĐÌNH 677
333. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU ÁP XE NÔNG VÙNG HÀM MẶT 678
334. PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT 680
335. NẮN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 681

336. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP 683
CHƯƠNG VIII: TAI – MŨI – HỌNG.....685
337. BƠM HƠI VÒI NHĨ 687
338. LẤY DỊ VẬT TAI GÂY TÊ.....689
339. LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ.....691
340. CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ.....693
341. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ (1 BÊN, 2 BÊN).....694
342. VÁ NHĨ BẰNG NỘI SOI.....696
343. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ 698
344. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY TÊ 700
345. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ 702
346. PHƯƠNG PHÁP PROETZ.....704
347. HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ 705
348. LẤY DỊ VẬT MŨI 706
349. BẺ CUỐN MŨI.....711
350. NỘI SOI BẺ CUỐN MŨI DƯỚI.....713
351. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL (2 BÊN) 715
352. CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT (BẠC NITRAT).....717
353. CHỌC RỬA XOANG HÀM 719
354. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC 721
355. NHÉT BẤC MŨI SAU 723
356. NẮN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG.....725
357. NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG GÂY MÊ.....727
358. NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY MÊ 729
359. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY MÊ.....731
360. ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY TÊ.....733
361. NỘI SOI SINH THIẾT HỐC MŨI.....735
362. PHẪU THUẬT CẮT CONCHA BULLOSA CUỐN MŨI.....736
363. PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG SÓNG CAO TẦN (COBLATOR)...738
364. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM 740
365. PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN 742
366. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI 744
367. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI 746
368. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI GÂY MÊ.....748
369. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI GÂY TÊ.....750
370. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI.....752

371. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI 754
372. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ CÁC XOANG SÀNG, HÀM, TRÁN, BƯỚM 756
373. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM 759
374. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG TRÁN 761
375. PHẪU THUẬT THỦNG VÁCH NGĂN MŨI 763
376. PHẪU THUẬT NỘI SOI SINH THIẾT VÒM 765
377. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG 768
378. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG 771
379. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG 774
380. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI 776
381. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA 778
382. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI 780
383. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG 782
384. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG 784
385. CẮT PHANH LƯỠI (GÂY TÊ) 786
386. CẮT PHANH LƯỠI (GÂY MÊ) 787
387. CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG (GÂY MÊ) 788
388. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ 790
389. NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY MÊ/GÂY TÊ 792
390. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR 794
391. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ 796
392. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI 799
393. PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI BẰNG COBLATOR 801
394. SINH THIẾT U HỌNG MIỆNG 803
395. PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN 804
396. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO V.A 806
397. PHẪU THUẬT CẮT U AMIDAN 808
398. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỌNG MÀN HẦU LƯỠI GÀ 810
399. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/ HỐ LƯỠI THANH THIỆT 812
400. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHỎ LÀNH TÍNH DÂY THANH 814

CHƯƠNG I: CẤP CỨU

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

- Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.

- Mục đích của cầm máu vết thương là:

+ Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).

+ Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.

- Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:

+ Chảy máu mao mạch
+ Chảy máu tĩnh mạch
+ Chảy máu động mạch

I. ĐẠI CƯƠNG

-Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.
- Mục đích của cầm máu vết thương là:
+ Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).
+ Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.
- Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:
+ Chảy máu mao mạch
+ Chảy máu tĩnh mạch
+ Chảy máu động mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu với các vết thương chảy máu nhẹ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa ho ặc điều dưỡng đã được tập huấn các kỹ thuật cầm máu.
- Rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Bông vô khuẩn
- Các loại gạc vô khuẩn
- Dây garo
- Băng cuộn
- Kẹp Kocher
- Kim và chỉ khâu da
- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
- Cồn sát trùng
- Dây oxy và bình oxy
- Dịch truyền và dây truyền dịch
- Huyết thanh uốn ván.

3. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật cầm máu sắp tiến hành.
- Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

4. Nơi thực hiện

- Tại phòng thủ thuật vô khuẩn hoặc phòng mổ nếu chảy máu nặng.

5. Hồ sơ bệnh án theo quy định, người bệnh cần làm đầy đủ các xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản... Nếu trường hợp chảy máu cấp thì cần tiến hành cầm máu ngay sau đó tiến hành làm xét nghiệm và điều trị các rối loạn đông máu nếu có sau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu
- Gây tê tại chỗ vết thương nếu người bệnh đau nhiều hoặc vết thương phải khâu.

1. Vết thương chảy máu từ tĩnh mạch hoặc mao mạch:

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương.
- Bước 2: Nếu vết thương từ tĩnh mạch có thể kẹp và buộc thắt tĩnh mạch để cầm máu.
- Bước 3: Khâu vết thương tới đáy của vết thương bằng các mũi chỉ rời nếu vết thương rộng
- Bước 4: Sát khuẩn lại và băng ép bằng gạc và băng cuộn.

Với các vết thương chảy máu từ mao mạch hoặc vết thương nhỏ chỉ cần băng ép cầm máu là đủ.

2. Vết thương chảy máu từ động mạch

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu hoặc động mạch bị tổn thương.
- Bước 2: Ấn động mạch

Dùng ngón tay ấn đè chặt vào động mạch trên đường đi của nó từ tim đến vết thương. Tùy theo mức độ tổn thương và vị trí ấn mà dùng ngón tay hoặc
cả nắm tay để ấn động mạch. Thời gian ấn trung bình từ 15- 30 phút sau khi kiểm tra máu đã cầm tạm thời.

- Bước 3 Sử dụng băng chèn

Là băng ép được buộc chặt tạo thành con chèn đặt lên các vị trí ấn động mạch sau khi đã ấn cầm máu tạm thời, sau đó băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết.

3. Các vết thương động mạch ở sâu, giữa các kẽ xương, vết thương vùng cổ, vùng chậu không thể băng ép được ta dùng cách nhét gạc (Mècher) vào vết thương rồi khâu vết thương tạm thời để cầm máu sau đó chuyển đến cơ sở chuyên khoa xét phẫu thuật cầm máu.

4. Garo trong vết thương chảy máu nặng

- Chỉ định đặt garô:

+ Vết thương b ị cụt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.
+ Chi bị giập nát quá nhiều biết chắc không thể bảo tồn được.
+ Vết thương t ổn thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời trên mà không có kết quả.

- Cách đặt garô:

Bước1: Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu.
Bước 2: Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.
Bước 3: Đặt garô và xoắn dần (nếu là dây vải), bỏ tay ấn động mạch rồi vừa
xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi máu chảy ở vết thương. Nếu
mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được. Khi đã xoắn vừa đủ chặt thì
cố định que xoắn. Nếu là dây cao su thì chỉ cần cuốn nhiều vòng tương đối chặt rồi buộc cố định.
Bước 4: Băng ép vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết chuyển người bệnh đến cơ s ở có khả năng phẫu thuật cầm máu.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chảy máu của vết thương, m ức độ thấm máu vào băng, gạc.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ phát hiện tình trạng chảy máu tiếp diễn, điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có.
- Đánh giá tình trạng tư ới máu ở đầu chi băng ép
- Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nới garo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.
2. Thiếu máu đầu chi băng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nới bớt băng ép hoặc nới garo mỗi 30 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spahn DR, Cerny V, Coats TJ- Management of bleeding following major trauma: a European guideline. Crit Care 2007
2. Jayaraman S, Sethi D -Advanced trauma life support training for hospital staff. Cochrane Database Syst Rev 2009 809

QUY TRÌNH ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG BẰNG ỐNG THÔNG TIỂU

I.ĐẠI CƯƠNG

Đặt thông tiểu là phương pháp đưa ống thông qua đường niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.
Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như trước và sau phẫu thuật
Theo dõi lượng nước tiểu liên tục ở người bệnh nặng nằm tại các khoa Hồi sức tích cực: suy thận cấp, sốc, ngộ độc, bỏng nặng…

II. CHỈ ĐỊNH

Trường hợp bệnh nhân bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dãn cơ..).
Rối loạn tiểu kéo dài: tiểu không tự chủ.
Vết thương loét, nhiễm trùng nặng vùng hậu môn trực tràng, âm đạo.
Trước và sau các phẫu thuật.
Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.
Theo dõi số lượng nước tiểu trong các trường hợp sốc, suy thận cấp, bệnh nhân dùng an thần giãn cơ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ.
U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: 1 (hoặc bác sĩ) làm thủ thuật, 1 điều dưỡng phụ dụng cụ.
Rửa tay bằng dung dịch cồn rửa tay nhanh.
Đội mũ, đeo khẩu trang.
Đi găng sạch để cạo lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước xà phòng bộ phận sinh dục cho bệnh nhân.
Rửa tay bằng xà phòng tiệt trùng (Savondoux) đúng quy trình kỹ thuật.

2. Dụng cụ:

Ống thông Foley 14F, 16F (loại cỡ phù hợp với bệnh nhân và mục đích của đặt ống thông).
Bộ dụng cụ thủ thuật vô khuẩn.
1 khay quả đậu.
1 bát kền.
1 fanh.
Bộ dụng cụ tiêm truyền.
Săng có lỗ.
Găng vô khuẩn 1 đôi, găng sạch 2 đôi.
Túi dẫn lưu nước tiểu.
Gạc củ ấu vô khuẩn, gạc miếng vô khuẩn.
Nước muối NaCl 0,9% 100 ml x 1 chai.
Povidin 10% .
Bơm tiêm 20 ml 2 chiếc.
Dầu Paraphin vô trùng lọ nhỏ 5 ml.

Khay hạt đậu sạch đựng dụng cụ bẩn trong khi làm thủ thuật.
Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Anios Gel 86 NPC).
Xà phòng rửa tay savondoux.
Xà phòng diệt trùng.
Lưỡi dao cạo, bình phong, ống xét nghiệm (nếu cần), bô dẹt, 1 tấm nylon 40 x 60 cm.

3. Chuẩn bị bệnh nhân

Thông báo giải thích cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về mục đích của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.
Che bình phong.
Bệnh nhân nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga cho bệnh nhân.
Trải nilon dưới mông bệnh nhân, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên).

V. TIẾN HÀNH

Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh
Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng tiệt khuẩn (Savondoux) đúng quy trình kỹ thuật.
Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.
Đưa dụng cụ đến giường để ở nơi thuận tiện.
Mở bộ dụng cụ, đổ dung dịch Povidin vào bát kền.
Tư thế và bệnh nhân đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.
Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo
Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh, đi găng sạch.
Dùng kìm kẹp gạc củ ấu sát khuẩn bộ phận sinh dục và lỗ tiểu từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài cho đến khi sạch bằng dung dịch Povidin.
Điều dưỡng tháo bỏ găng sạch, sát khuẩn tay bằng cồn rửa tay nhanh
Đặt ống thông tiểu vô trùng
Đi găng vô trùng.
Trải săng có lỗ.
Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%.
Đặt khay quả đậu đã hấp tiệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.
Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.
Bôi Paraphin vào đầu ống thông tiểu 5-6cm.
Một tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo.
Sát trùng lại lỗ niệu đạo bằng Povidin 10%.
Tay phải cầm ống thông và nhẹ nhàng đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang:
Đối với bệnh nhân nam: Tay phải cầm ống thông, tay trái nâng dương vật thẳng góc với thành bụng, đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, thấy vướng hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đẩy sâu thêm khoảng 3-5cm.
Đối với bệnh nhân nữ: Tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông đưa nhẹ nhàng vào niệu đạo 4-5 cm thấy nước tiểu ra đẩy thêm vào 3-5 cm.
Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vướng.
Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.
Bỏ săng.
Dùng gạc tẩm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu(đối với bệnh nhân nam quấn thêm gạc tẩm Povidin quanh đầu dương vật).
Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi bệnh nhân, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của bệnh nhân.
Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Đặt bệnh nhân tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho bệnh nhân (nếu cần), ghi ngày đặt thông.
Ghi bảng theo dõi.
Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết.
nước ở bóng chèn, gập đuôi ống thông và vừa rút ra vừa cuộn gọn bỏ vào khay quả đậu hoặc túi đựng.
Nếu lấy nước tiểu để xét nghiệm: bỏ nước tiểu đầu khi mới chảy ra, lấy nước tiểu giữa dòng.

VI.THEO DÕI

Trong khi làm thủ thuật
Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vướng chú ý không cố đưa vào, báo bác sĩ.
Chảy máu niệu đạo trong khi làm thủ thuật.
Ống thông không đi vào bàng quang: dừng thủ thuật baó bác sĩ.
Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.
Thủng bóng chèn, kiểm tra bằng cách kéo ống thông bớt ra tới khi mắc sau bơm bóng.
Sau tiến hành thủ thuật
Không nên thông tiểu nhiều lần trong ngày.
Sau 7 ngày đặt thông bàng quang nếu còn chỉ định lưu thông bác bác sĩ để thay ống thông hoặc thay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn như cặn mủ, chảy máu.

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật

Chảy máu, chấn thương niệu đạo bàng quang: dừng thủ thuật, báo bác sĩ, đánh giá tổn thương, theo dõi các dấu hiện sinh tồn và cầu bàng quang, tình trạng chảy máu.

2. Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật

Nhiễm khuẩn bệnh viện ngược dòng.
Tắc ống thông do chảy máu và cục máu đông
Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang.
Đứt rách đầu bàng quang do bệnh nhân giật rách ống thông

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu.

Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện Người bệnh ngừng tuần hoàn. Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu Người bệnh thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được.

Người bệnh ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của người cấp cứu tại chỗ.

Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cần tiết kiệm tối đa thời gian do vậy cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnh nghi ngờ ngừng tuần hoàn, gọi hỗ trợ sớm và nhanh chóng tiến hành cấp cứu tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn

III. DẤU HIỆU SỚM NHẤT NGỪNG TUẦN HOÀN:

Dấu hiệu sớm nhất và cũng dễ nhận biết nhất khi ngừng tuần hoàn là mất ý thức đột ngột. Ngay khi nhìn thấy hoặc được thông báo có người mất ý thức đột ngột chúng ta cần nhanh chóng tiếp cận người bệnh. Gọi hỏi Người bệnh thật to bằng 2 câu hỏi ― Anh tên là gì? và ― Anh làm sao thế? đồng thời dùng tay đập mạnh lên vùng ngực Người bệnh hoặc dùng tay day ấn mạnh vào vùng xương ức (vùng giữa ngực).

Ngay lập tức sau đó chúng ta cần gọi hỗ trợ. Gọi ngắn gọn, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự như sau: ―Người bệnh ở đâu (ví dụ: trong bếp, ngoài vườn…), bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp.

IV. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu vừa tiến hành tiếp cận người bệnh, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.
- Khi có nhiều người cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.
- Cần ghi nhớ thời điểm tiếp cận Người bệnh và bắt đầu cấp cứu.
- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

Nhanh chóng đặt Người bệnh nằm trên 1 mặt phẳng cứng để có thể tiến hành làm hồi sinh tim phổi cơ bản

Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC) Kiểm soát đường thở:

+ Đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm.
+ Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm/nâng cằm.
+ Móc sạch đờm dãi hay dị vật trong miệng nếu có. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có nghi ngờ dị vật đường thở.

Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngạt hoặc bóp bóng. Nếu Người bệnh không thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần liên tiếp. Sau đó kiểm tra mạch:

+ Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.
+ Nếu không có mạch: thực hiên chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỷ lệ 30/2.

+ Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 10-12 lần/phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.
+ Nối ô xy với bóng ngay khi có ô xy.
Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực
+ Kiểm tra mạch cảnh trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngoài lồng ngực ngay.
+ Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút. Phương châm là ―ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép.
+ Tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2 nếu là Người bệnh người lớn hoặc người bệnh trẻ nhỏ, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.
+ Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (1 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt).

V.PHÒNG BỆNH

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, các Người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chẩn bị sẵn sàng cấp cứu. Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.
Túi thuốc cấp cứu cần có mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóng ambu và mặt nạ bóp bóng, bình oxy , bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản số 7 số 8, thuốc adrenalin ống 1mg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Heart Association. 2005 AHA Guideline for CPR and ECC. Circulation. 2005;112 (suppl 4):S1. (trang web: www.circulationaha.org)
2. Vũ Văn Đính. Cẩm nang cấp cứu. Nhà xuất bản Y học Hà Nội 2000

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.
- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh không thể ăn được:

- Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.
- Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não…
- Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa : liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng…

2. Người bệnh tự ăn ít, cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa cấp nặng.
- Các tổn thương loét ăn mòn thực quản dạ dày chưa kiểm soát được.
- Tắc ruột, liệt ruột dạ dày.
- Thể tích dịch tồn dư quá lớn (tuân thủ đánh giá thể tích dịch tồn dư).
- Các chỉ định trước, sau tiểu phẫu thuật, nội soi....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1.Vật tư tiêu hao

- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Băng dính
- Gạc vô trùng
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống nghe
- Cốc sạch đựng thức ăn chia độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái 594
- Khẩu trang : 01 cái
- Thức ăn cho Người bệnh theo chỉ định (chế độ bệnh lý hoặc sữa).

2.2. Dụng cụ

Máy theo dõi nối với cáp điện tim, cáp đo SpO2, cáp đo huyết áp

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình về kỹ thuật sắp làm.
- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp (đầu cao 15-30 độ).

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh.
- Đặt Người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trải khăn trước ngực.
- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ (sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.
- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 giờ đối với Người bệnh cho ăn liên tục.

3. Các phương pháp cho ăn qua ống thông dạ dày: 2 phương pháp cơ bản

- Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, hoặc truyền liên tục 24 giờ.
- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn)

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 300 khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 120 ml/ 3giờ. Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ. Sau đó hút dịch tồn dư vào giờ thứ 4, nếu dịch hút bỏ bớt 80 ml dịch tồn dư, còn lại bơm⇒> 100ml trả và duy trì tiếp thức ăn 40ml/giờ, sau đó 4h kiểm tra lại dịch tồn dư lần 2, nếu vẫn báo Bs để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu⇒> 100ml < ⇒100ml bơm trả lại dịch tồn dư và duy trì tốc đồ truyền theo y lệnh (60 – 80ml/giờ)

3.2. Quy trình đối với Người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 300 khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.
- Cho Người bệnh ăn 80ml/ giờ, sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 3 nếu:

+ Số lượng dịch > 200ml: cho NGƯỜI BỆNH nhịn ăn và kiểm tra lại sau 2 giờ nếu vẫn báo bác sĩ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu⇒>200ml < 200 ml: bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ và tiếp tục quy trình đánh giá nuôi dưỡng theo giờ.

V. THEO DÕI

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.
- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tâm vị dạ dày.
- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.
- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.
- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Ống thông dạ dày tụt hoặc cuộn trong miệng, thực quản

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.
- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.
- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.
- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Vụ khoa học đào tạo; (2006); Dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng, kỹ thuật đưa thức ăn vào cơ thể; Kỹ thuật điều dưỡng. Nhà xuất bản y học. Trang 199-217.

2. Joanne Tollefson; (2010); Fluid and nutritional support; Clinical psychomotor skills; 4th Edition; Cengage Learning; pp 57-81. 3. Ruth F. Craven; Constance J. Hirnle; (2007); Nutrition and metabolism; Wilkins;&Fundamentals of Nursing, Fifth Edition; Lippincott Williams pp 916-949.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng phổi nhằm mục đích hút dịch, máu, mủ, khí có nhiều trong khoang màng phổi gây suy hô hấp cấp nhằm hạn chế nguyên nhân gây tử vong.

II. CÁC CHỈ ĐỊNH CHÍNH

1. TKMP trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, lao phổi, tụ cầu phổi,...
2. Tràn máu màng phổi.
3. Tràn mủ màng phổi.
4. Tràn dịch hoặc tràn máu màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính).

III. CHUẨN BỊ TRƯỚC DẪN LƯU

1. Người bệnh

- XQ phổi mới(cùng ngày chọc).
- Giải thích cho người bệnh và động viên người bệnh hợp tác với người thực hiện.
- Tiêm atropin 0,5mg.
- Tiêm an thần nếu người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ dẫy dụa nhiều.
- Tư thế người bệnh: có tư thế nằm và ngồi.

+ Nằm: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, thân người nghiêng về phía phổi lành, tay phía bên đặt dẫn lưu giơ cao lên phía đầu.

+ Ngồi: người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, 2 tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế (có đệm một gối mềm).

2. Dụng cụ

Kim kích thước lớn 25G hoặc kim có kèm theo catheter dẫn lưu

3. Người thực hiện

Chuẩn bị như làm phẫu thuật:

- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay xà phòng.
- Sát trùng tay bằng cồn.
- Mặc áo mổ.
- Đi găng vô trùng .

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc Phải khám thực thể xác định vùng tràn dịch màng phổi, xem phim Xq ngực thẳng nghiêng, và đặc biệt nếu có siêu âm nên sử dụng để xác định vị trí chính xác nhất.
2. Tiến hành thủ thuật:
   - Giải thích cho Người bệnh, ký giấy làm thủ thuật
   - Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật.
   - Gây tê bằng Xylocain lần lượt từng lớp thành ngực, dùng kim gây tê chọc thăm dò màng phổi.

Vị trí chọc kim được ưu tiên lựa chọn là điểm nối giữa cột sống tới đường nách sau.

Gõ từ trên xuống cho tới khi phát hiện vùng gõ đục và dịch xuống thêm một khoang liên sườn nữa.

Không nên chọc vào vùng cạnh cột sống hoặc sâu quá liên sườn.

Sử dụng kim 25G trong có chứa lidocain tạo một nốt phỏng nhỏ trên da. Sau đó chọc qua nốt phỏng gây tê tại chỗ từng lớp từng lớp sâu hơn.

Phải giữ kim vuông góc với mặt da trong suốt quá trình làm thủ thuật.

Tạo chân không trong bơm tiêm cho tới khi hút ra dịch, tiếp tục đẩy sâu vào 2-3 mao mạch sau đó rút nòng ra đẩy kim sâu vào khoang màng phổi.

Cố định catheter chắc chắn.

Lấy dịch để làm xét nghiệm tế bào, sinh hóa, cấy, nhuộm và các phản ứng PCR tìm lao.

Nếu mục tiêu chọc hút dịch để điều trị nên nối kim với hệ thống túi gom. Nên rút không quá 1500 ml dịch để tránh gây phù phổi do tái nở phổi nhanh.

Một biện pháp khác là hút liên tục duy trì áp lực âm 20 cmH2O.

Nên chụp phim ngực sau chọc hút.

V. THEO DÕI

Theo dõi M, HA, SpO2 15 phút/lần trong 3 giờ sau làm thủ thuật

VI. TAI BIẾN

- Chọc không ra dịch
- Tràn khí màng phổi
- Phản xạ phế vị
- Chảy máu màng phổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Temes RT. Thoracentesis. N Engl J Med. 2007 Feb 8;356(6):641 2. Alexsander C.Chen, Thoracentesis, The Washington Manual of Critical Care, A Lippincott Manual 2012, trang 605 – 609.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ TRONG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống nội khí quản (NKQ) là một thủ thuật rất thường gặp trong xử trí cấp cứu để ngăn chặn hiện tượng giảm thông khí, giảm ô xy và bảo vệ đường thở ở những Người bệnh suy hô hấp, tuần hoàn, thần kinh.

Đặt ống NKQ khó được định nghĩa: thời gian đặt NKQ nhiều hơn 10 phút và /hoặc nhiều hơn hai lần dùng đèn soi thanh quản có hoặc không dùng các thủ thuật khác (Sellick, BURP...) và được thực hiện bởi những người có kinh nghiệm.

Trường hợp giả khó khi người làm thủ thuật ít kinh nghiệm)

II. ĐÁNH GIÁ NHANH NKQ KHÓ

1. Đặc điểm giải phẫu

- Khoảng cách cằm - giáp: là khoảng cách từ bờ trên sụn giáp đến phần giữa cằm. Nếu khoảng cách này < 6 cm (3 khoát ngón tay) là đặt ống NKQ khó.
- Khoảng cách giữa 2 cung răng đo ở vị trí há miệng tối đa nếu < 3 cm là đặt ống NKQ khó.

2. Tiêu chuẩn lâm sàng theo Mallampati Người bệnh ở tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, há miệng thè lưỡi, phát âm "A":

I: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng, trụ trước và trụ sau Amydan.

II: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, một phần lưỡi gà và thành sau họng

III: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm và nền của lưỡi gà

IV: Chỉ thấy khẩu cái cứng Nếu là mức độ III, IV là đặt NKQ khó.

3. Hội gây mê của Mỹ đã đưa các yếu tố tiên lượng sau:

- Các khối u vùng miệng họng, u máu, máu tụ
- Nhiễm khuẩn: viêm vùng hàm dưới, áp xe quanh họng, viêm nắp thanh quản
- Bất thường cấu trúc bẩm sinh
- Dị vật
- Chấn thương vùng mặt: thanh quản, vỡ hàm trên, dưới, chấn thương cột sống cổ phỏng hô hấp
- Béo phì
- Hạn chế ngửa cổ: viêm cột sống dính khớp, viêm cột sống cổ do thấp - Thay đổi về giải phẩu răng cửa nhô, cổ ngắn, lưỡi to, hàm nhô...

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ đã được huấn luyện để đặt NKQ, 2 điều dưỡng.

2. Dụng cụ

- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong với nhiều cỡ lưỡi khác nhau
- Kẹp Magill, nòng dẫn
- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol, fentanyl
- Ống nội khí quản các cỡ: 7.0 , 7.5, 8.0
- Oxy, bóng mask, cannuyn miệng - miệng
- Các dụng cụ khác: máy hút ống hút, găng tay, gạc, băng dính, ống nghe, máy theo dõi
- Các dụng cụ hỗ trợ đặt NKQ khó (tùy trang bị của cơ sở) có thể:

+ Bộ đặt ống NKQ ngược dòng
+ Bộ đặt NKQ bằng ống soi mềm
+ Mask thanh quản + Ống NKQ combitube
+ Đèn Trachlight

+ Bộ mở khí quản cấp cứu

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Người bệnh

- Bệnh nằm ngửa kê gối dưới chẩm nếu không có CTCS cổ, nếu có CTCS cổ không kê gối hoặc chọn phương pháp đặt NKQ khác
- Mắc máy theo dõi, hút đờm, hút dịch dạ dầy
- Thở ôxy 100% trước 2 - 5 phút, bóp bóng mask oxy 100% khi SpO2 < 90% hoặc người bệnh ngừng thở.

Bước 2: Dùng an thần, giãn cơ (nếu cần)

Bước 3: Làm nghiệp pháp bảo vệ Sellick

Bước 4: Bộc lộ thanh môn

Bước 5: Luồn ống NKQ

Bước 6: Kiểm tra ống

Bước 7: Cố định ống

V. CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ NKQ KHÓ

- Trợ giúp bằng tay:

+ Chỉnh lai tư thế Người bệnh, để đầu ở tư thế Jackson kê gối dầy 6 cm dưới đầu cho phép trục thanh quản và hầu miệng thẳng hàng

+ Nghiệm pháp BURP ấn thanh quản sang phải, ra trước và lên trên

- Đặt NKQ mò đường miệng khi mở miệng hạn chế, lưỡi to, ngửa cổ hạn chế
- Đặt NKQ mò qua đường mũi dùng nòng dẫn sáng
- Đặt NKQ ngược dòng
- Đặt ống NKQ bằng ống soi mềm
- Đặt ống NKQ combitube
- Mask thanh quản
- Đặt NKQ dùng đèn Trachlight
- Mở khí quản qua da
- Mở màng nhẫn giáp

Chú ý: Người bệnh sẽ không chết vì đặt NKQ thất bại mà chết vì thông khí thất bại.

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG ĐẶT KHI NKQ

- Các chấn thương chảy máu: Môi, lưỡi, răng…rách cuốn mũi, tổn thương các xoang gây chảy máu nhiều.
- Chấn thương thanh môn, dây thanh
- Chấn thương khí quản
- Làm nặng thêm chấn thương tủy sống nếu có
- Hít phải: dịch dạ dầy, răng, chất tiết hầu.
- Thiếu ôxy.
- Các biến chứng về tim mạch: nhịp chậm hoặc ngừng tim do phản xạ và thiếu oxy, tim nhanh thất hoặc trên thất.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản là việc luồn ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng vào trong khí quản. Cho tới nay đây vẫn còn là một phương pháp kiểm soát đường thở tốt nhất và hiệu quả nhất. Yêu cầu đối với người bác sỹ trong thực hành phải thuần thục kỹ thuật đặt nội khí quản. Có nhiều phương pháp đặt nội khí quản trong đó đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản được coi là phương pháp thường quy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...
- Hút chất tiết
- Bảo vệ đường thở
- Suy hô hấp: ARDS, hen PQ, COPD

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Chấn thương thanh khí quản
- Chấn thương biến dạng hàm mặt
- Phẫu thuật hàm họng
- Cứng, sai khớp hàm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật đặt nội khí quản
- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản

2. Dụng cụ

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml
- Găng, mũ, khẩu trang
- Máy theo dõi SpO2
- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong
- Kẹp Magill
- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol
- Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.
+ Nữ 7,5 - 8, nam 8 - 9; trẻ em = 4 + tuổi (năm)/ 4.
+ Ống NKQ đặt đường mũi < đường miệng 1mm.
+ Bảng cỡ NKQ với tuổi:

Tuổi	Đường kính trong của ống (mm)
Người lớn, trẻ > 14t	8 – 9
Trẻ 10	6,5
Trẻ 6 t	5,5
Trẻ 4t	5
Trẻ 1 t	4
Trẻ 3 tháng	3,5
Trẻ sơ sinh	3

3. Người bệnh

- Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)

- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ tùy tình trạng Người bệnh. Nếu có chấn thương cột sống cổ phải chọn phương pháp đặt NKQ cho Người bệnh chấn thương cổ.
- Mắc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dầy

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt NKQ đường miệng

Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật.

Thực hiện kỹ thuật

Cho Người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ.
Dùng an thần, tiền mê
+ Midazolam 0.1-0.4 mg/kg
+ Hoặc Fentanyl 5-7g/kg
+ Hoặc Ketamine 1.5mg/kg
+ Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg
+ Hoặc Propofol 1-2 mg/kg
- Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dãn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết.
+ Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu.
+ Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1mg/kg.
Làm nghiêm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược

Bộc lộ thanh môn

Tay trái:
- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T.
- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn.
- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong .
- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng .
- Nâng đèn bộc lộ rõ thanh môn không lấy cung răng hàm trên để làm điểm tựa.

Luồn ống NKQ

- Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn.
- Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:
+ Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn.
+ Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, panh Magill, dây dẫn...
+ Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm.

Kiểm tra ống.

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20- 21 cm và nam: 22- 23cm.
- Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ:
+ Nghe phổi , nghe vùng thượng vị.
+ Xem hơi thở có phụt ngược ra không?
+ Sờ vị trí bóng chèn.
+ Đo ET CO2 khí thở ra.
+ Xquang ngực ...

Cố định ống :

+ Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg.

+ Cố định băng dính hoặc bằng dây băng có ngáng miệng.

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.
- Hít phải: dịch dạ dầy, răng, chất tiết hầu.
- Tổn thương răng, hầu, thanh quản, khí quản.
- Đặt nhầm vào thực quản.
- Đặt NKQ vào phế quản gốc phải.
- Chảy máu.
- Thiếu ôxy.
- Rối loạn về tim mạch thường gặp hơn ở những người thiếu máu cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael Dunham C; Robert D. Barraco et al – Guidelines for emergency tracheal intubation immediately following trauma injury.

2. Christopher Kabrhel, Todd W. Thomsen, Gary S. Setnik, Ron M. Walls (2007) - Orotracheal Intubation - N Engl J Med 356;17.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đặt sonde dạ dày được áp dụng đối với bệnh nhân không có khả năng ăn uống. Bác sĩ sẽ đưa ống thông dạ dày đi từ đường mũi hoặc miệng vào dạ dày để chuyển thức ăn nuôi dưỡng người bệnh. Đồng thời, sonde dạ dày còn giúp bác sĩ dễ dàng theo dõi, chẩn đoán sức khỏe, hút dịch và điều trị bệnh.

II. CÁC ĐƯỜNG ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY:

Hiện tại, đặt sonde dạ dày được thực hiện theo 2 đường:

Đặt ống theo đường mũi đi vào dạ dày. Phương pháp được sử dụng phổ biến vì ống có thể lưu giữ nhiều ngày. Đồng thời không ảnh hưởng đến vấn đề răng miệng, giao tiếp của người bệnh.

Đưa ống thông đi vào từ miệng đến dạ dày để đưa thức ăn nuôi dưỡng bệnh nhân. Tuy nhiên, trường hợp này chỉ áp dụng với bệnh nhân bị tổn thương mũi hoặc không cần lưu ống. Hoặc bệnh nhân không thể nói chuyện được. Bởi đặt sonde dạ dày qua miệng dễ khiến bệnh nhân cắn phải ống, ảnh hưởng đến việc giao tiếp hàng ngày.

III.CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:

Điều dưỡng cần chuẩn bị các dụng cụ sau đây:

- Khăn sạch, gạc miếng, giấy quỳ, cây đè lưỡi.
- Ống thông mũi dạ dày một nhánh hay hai nhánh cỡ thích hợp.
- Chất trơn.
- Giấy lau miệng, bồn hạt đậu.
- Ly uống nước được, khăn bông lớn, vải sao su.
- Kim băng cố định ống.

IV. NHỮNG BỆNH NHÂN CẦN ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY:

Kỹ thuật đặt sonde dạ dày được chỉ định cho các trường hợp bệnh nhân sau:

- Bệnh nhân bị hôn mê, bất tỉnh
- Bệnh nhân bị liệt mặt dẫn đến khó nhai nuốt
- Đối tượng người bệnh mắc ung thư thực quản hoặc ung thư lưỡi
- Người bệnh bị ung thư dạ dày, đại tràng hoặc các trường hợp viêm dạ dày cấp tính, viêm dạ dày mãn tính
- Trẻ em nghi ngờ bị viêm phổi, lao phổi
- Người bệnh sau phẫu thuật gặp hiện tượng chướng bụng
- Bệnh nhân bị dị dạng ở đường tiêu hóa gặp khó khăn trong quá trình ăn uống. Họ có thể bị suy hô hấp, ngạt thở khi ăn uống.
- Trường hợp người bệnh sau phẫu thuật gặp hiện tượng chướng bụng
- Bệnh nhân bị ngộ độc thực phẩm phải rửa dạ dày
- Người bệnh từ chối ăn hoặc ăn quá ít không đủ dinh dưỡng để duy trì sức khỏe.

Ngoài ra, tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh nhân bác sĩ sẽ chỉ định đặt sonde dạ dày phù hợp. Hiện nay, dịch vụ đặt sonde tại nhà cũng rất phổ biến giúp các gia đình giảm gánh nặng.

V. QUY TRINH ĐẶT SONDE DẠ DÀY:

Bước 1: Chuẩn bị đặt sonde dạ dày

Trước khi thực hiện đặt sonde dạ dày cho người bệnh. Bệnh nhân phải được đặt ở tư thế trước khi thực hiện đặt ống thông dạ dày. Trường hợp người bệnh tỉnh nên đặt ở tư thế nửa nằm nửa ngồi. Nếu bệnh nhân bị hôn mê, bất tỉnh nên đặt đầu thấp, mặt nghiêng về phía bên trái.

Đo chiều dài ống sonde, có thể xác định bằng cách đo từ cánh mũi đến dái tái vòng xuống mũi ức. Khoảng cách 40-50 cm là ngang phần đáy dạ dày, hoặc từ răng đến rốn. Sau đó, bơi trơn đầu ống thông trong khoảng 5cm. Tránh để dầu bị đọng lại trong ống sẽ khiến bệnh nhân bị sặc, ngạt thở.

Bước 2: Cách đặt sonde dạ dày cho bệnh nhân

Bệnh nhân cần há miệng để đưa ống thống vào. Trường hợp bệnh nhân hôn mê bác sĩ cần dùng dụng cụ mở miệng để luồn ống thông đi qua miệng. Nếu gặp khó khăn khi đặt sonde dạ dày theo đường miệng có thể chọn luồn vào theo đường mũi.

Quá trình đặt sonde dạ dày cần được thao tác nhẹ nhàng để tránh tổn thương niêm mạc. Đưa ống từ từ vào miệng, đi sát má, tránh chạm phải vòm họng và lưỡi gà. Vừa đặt vừa khuyên bảo bệnh nhân nuốt dù có gây khó chịu. Lúc này cần điều dưỡng phụ trợ đẩy ống từ từ vào cho đến khi vạch đánh dấu chạm cung răng thì dừng. Trường hợp bệnh nhân bị sặc, ho dữ dội, nếu có biểu hiện tím mặt mày cần phải rút ra và thao tác lại.

Bước 3: Kiểm tra ống thông kỹ sau khi đặt:

Sau khi đặt sonde dạ dày xem ống đã vào đúng dạ dày hay chưa. Có 3 cách để kiểm tra:

- **Cách 1**: Bơm khoảng 30ml khí vào và lắng nghe ở vùng thượng vị có tiếng sục của khí đi qua nước.
- **Cách 2**: Dùng bơm tiêm hút một chút dịch vị dạ dày.
- **Cách 3**: Nhúng đầu ống thông vào một cốc nước sạch không thấy sủi khí. Cuối cùng, dùng băng dính để cố định ống sonde dạ dày và lắp túi dẫn lưu vào đầu ống thông dạ dày.

Bước 4: Ghi thông tin hồ sơ bệnh án sau khi đặt sonde dạ dày

Trong thông tin hồ sơ bệnh án cần ghi rõ loại ống thông đã sử dụng, thông số kích thước, chiều dài. Làm rõ sự phối hợp của bệnh nhân trong quá trình đặt sonde dạ dày. Cuối cùng, ghi phương pháp kiểm tra vị trí của ông thông mà bác sĩ đã sử dụng.

*Lưu ý khi đặt sonde dạ dày :

Dưới đây là một số lưu ý cần thiết khi đặt ống sonde dạ dày.

- Khi có dịch trong lòng ống, rút dịch và thử trên giấy quỳ sẽ biết chính xác 100% ống đã đặt đúng trong dạ dày hay chưa.
- Phải kiểm tra cẩn thận sau khi đặt ống, chắc chắn đầu ống đã được đặt ở dạ dày mới tiến hành bơm thức ăn.
- Khi bơm thức ăn, điều dưỡng tiến hành nhẹ nhàng, từ từ nhưng phải đều tay và liên tục để tránh bọt khí.
- Nên thay ống sonde dạ dày 5-7 ngày một lần. Mỗi lần thay nên đổi bên lỗ mũi cho bệnh nhân.
- Khi cố định ống sonde phải đảm bảo có một khoảng cách để bệnh nhân cử động, tránh chèn ép mạnh lên cánh mũi gây hoại tử.
- Theo dõi cẩn thận dịch tồn lưu trong dạ dày sau mỗi lần cho bệnh nhân ăn, uống. Nếu dịch vượt quá 100ml điều dưỡng phải báo cáo với bác sĩ để có phương án xử lý.

Đặt ống thông sonde dạ dày là phương pháp phổ biến hiện nay giúp các bệnh nhân không có khả năng ăn uống vẫn duy trì được sự sống và sức khỏe. Những thông tin chúng tôi vừa chia sẻ hy vọng sẽ giúp nhiều điều dưỡng nắm vững và thực hiện đúng cách kỹ thuật đặt sonde dạ dày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ AN THẦN GIÃN CƠ < 8 GIỜ TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

Những Người bệnh thở máy thường bị kích thích, lo lắng, mất ngủ, hoảng loạn, đau đớn và khó chịu (do ống nội khí quản, thở máy áp lực dương liên tục, tư thế nằm, rối loạn thăng bằng kiềm toan ...), ngoài ra còn do đặc thù tại khoa hồi sức cấp cứu với các trang thiết bị máy hoạt động liên tục, các thủ thuật xâm lấn, ánh sáng và tiếng ồn là các yếu tố góp phần không nhỏ ảnh hưởng tới Người bệnh. Từ đó dẫn đến các hậu quả không có lợi cho Người bệnh như thở chống máy ảnh hưởng đến quá trình trao đổi khí, chấn thương do thở máy, xuất huyết tiêu hoá do stress, mệt mỏi, ảnh hưởng không tốt tới kết quả điều trị và làm kéo dài thời gian nằm viện. Sử dụng thuốc an thần là cần thiết đối với Người bệnh thở máy nhằm giúp cho Người bệnh đáp ứng tốt hơn với điều trị và làm giảm các biến chứng do thông khí nhân tạo gây ra. Các thuốc an thần giãn cơ được sử dụng bao gồm: nhóm benzodiazepine, các thuốc họ morphin, gây mê: propofol, giãn cơ: tracrium.

II.CHỈ ĐỊNH

Các Người bệnh được thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử dị ứng thuốc an thần giãn cơ.
- Phụ nữ có thai và cho con bú
- Người bệnh tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện 01 bác sỹ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu 01 điều dưỡng chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

2. Người bệnh

2.1.Vật tư tiêu hao

1. Bơm tiêm 50ml
2. Dây nối bơm tiêm điện
3. Cọc truyền
4. Ba chạc
5. Panh vô khuẩn
6. Găng sạch
7. Khay quả đậu
8. Khay chữ nhật
9. Kéo
10. Ống cắm panh
11. Bông
12. Cồn 90 độ
13. Anios Gel sát khuẩn tay nhanh
14. Xà phòng rửa tay Savondoux
15. Mũ
16. Khẩu trang
17. Bảng điểm Ramsay
18. Bảng điểm đau FACE
19. Máy theo dõi (khấu hao 5 năm)
20. Cáp điện tim

21. Cáp đo SpO2
22. Bộ đo huyết áp
23. Midazolam 5mg/ml
24. Fentanyl 0,5mg/10ml
25. Propofol, ống 20ml (200mg),
26. Tracrium 10mg/ml ống 2.5ml

2.2. Dụng cụ cấp cứu

1 Hộp chống sốc
2 Bộ cấp cứu hô hấp, tuần hoàn

2.3.Các chi phí khác

1. Máy theo dõi (khấu hao 5 năm)
2 Bơm tiêm điện

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh và người nhà Người bệnh.
- Cân nặng của Người bệnh.
- Đo huyết áp, mạch, kiểm tra đường thở của Người bệnh
- Tư thế Người bệnh: theo protocol thở máy
- Nơi thực hiện: khoa Hồi sức cấp cứu và Chống độc

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi Người bệnh.

V. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật.

2. Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Khám kỹ để loại bỏ tất cả nguyên nhân gây kích thích: tắc đờm, bí tiểu, táo bón, cài đặt thông số máy thở chọa hợp lý, tràn khí màng phổi...
- Người bệnh có thể được sử dụng Propofol hoặc midazolam+ Fentanyl. Nếu như không đạt được mục đích an thần giãn cơ, phối hợp với thuốc giãn cơ.

3.1. Nếu sử dụng propofol

- Liều khởi đầu = 5µg/kg/phút (0,3 mg/kg/giờ)
- Sau mỗi 5 phút đánh giá mức độ an thần theo thang điểm Ramsay
- Điều chỉnh tăng hoặc giảm liều, mỗi lần điều chỉnh =5 µg/kg/giờ(0,3mg/kg/phút)
- Đánh giá tại thời điểm Ramsay = 3:

+ Người bệnh thở theo máy: duy trì liều thuốc g/kg/phútµ
+ Người bệnh thở chống máy: tăng liều thuốc theo phác đồ, tối đa 80 µg/kg/phút Nếu Người bệnh vẫn thở chống máy khi dùng propofol đến liều tối đa, phải phối hợp thêm các thuốc an thần khác hoặc thuốc giãn cơ.

3.2. Nếu sử dụng midazolam và fentanyl

- Khám kỹ để loại bỏ tất cả nguyên nhân gây kích thích: đờm, bí tiểu, táo bón, cài đặt thông số máy thở không hợp lý, tràn khí màng phổi...

Bước 1:

- Xác định nguyên nhân gây đau và đánh giá mức độ đau theo bảng FACES (6 mức độ)
- Fentanyl: khởi đầu 50µg tĩnh mạch, có thể nhắc lại mỗi 5 phút cho đến khi hết đau .Sau đó chuyển liều duy trì bắt đầu bằng 25µg/h.

Bước 2: Dùng midazolam:

- Đánh giá mức độ kích thích vật vã theo bảng điểm Ramsay.
+ Ramsay 1: liều khởi đầu 5 mg tĩnh mạch.
+ Ramsay 2: liều khởi đầu 2,5 mg tĩnh mạch.
- Nhắc lại nếu cần để đạt Ramsay 3-4 (tổng liều khởi đầu không quá 20mg) sau đó chuyển liều duy trì bắt đầu bằng 1mg/h.

Bước 3: Theo dõi điều chỉnh liều midazolam và fentanyl
- Nếu Ramsay ≥ 5 (5,6) giảm 50% liều midazolam truyền hoặc tạm dừng.
- Nếu Ramsay 2≤:
+ Đánh giá lại nếu còn đau thì tiêm lại liều fentanyl ban đầu và tăng tốc độ truyền lên 50%. Sau đó có thể tăng midazolam gấp đôi liều truyền ban đầu.
+ Nếu Người bệnh không còn đau thì tiêm lại liều midazolam ban đầu và tăng 50% liều truyền.

Bước 4: Theo dõi giảm và cắt midazolam, fentanyl trước khi bỏ máy thở.

3.3. Thuốc giãn cơ

Nếu Người bệnh vẫn thở chống máy khi đã được dùng midazolam + fentanyl hoặc propofol đến liều tối đa, phải phối hợp thêm thuốc giãn cơ tracrium.

Liều khởi đầu của tracrium: tiêm tĩnh mạch 0.3- 0,6 mg/kg.

Liều duy trì 0,3mg/kg/giờ. Có thể tăng đến 0,6mg/kg/giờ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi các chỉ số sinh tồn trong khi sử dụng thuốc an thần, giãn cơ.
2. Theo dõi diễn biến và điểm Ramsay.
3. Theo dõi tai biến và biến chứng khi sử dụng thuốc an thần giãn cơ

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ của Bộ y tế
2. Tụt huyết áp: tạm ngừng thuốc an thần, truyền dịch, dùng thuốc vận mạch.
3. Co thắt phế quản: ngừng thuốc, dùng thuốc giãn phế quản
4. Suy gan, suy thận: cần theo dõi chức năng gan, thận hàng ngày.
5. Bí tiểu tiện: dự phòng tất cả Người bệnh thở máy được dùng an thần giãn cơ, cần được đặt ống thông tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đức Định. (2004), ―Đánh giá tác dụng an thần của midazolam phối hợp với fentanyl trong thông khí nhân tạo xâm nhập ở các Người bệnh nội khoa. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Phan Lạc Tiến. (2007). ―Đánh giá tác dụng của propofol trong thông khí nhân tạo. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y hà nội.
3. Kress JP, O'Connor MF, Pohlman AS, et al. (1996), ―Sedation of critically ill patients during mechanical ventilation: a comparison of propofol and midazolam. Am J Respir Crit Care Med. 153: 1012-1018.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐIỆN TIM

I. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Máy đo điện tim
Các điện cực và dây
Dây nguồn của máy
Gel bôi điện cực và khăn giấy
Gòn tẩm cồn
Máy đo huyết áp

II.TIẾN HÀNH

Bước 1 - Chuẩn bị bệnh nhân và máy móc:

Mang máy điện tim và dụng cụ đến nơi làm chuẩn bị đo.
Thông báo và giải thích cho bệnh nhân biết về việc sắp làm.
Động viên bệnh nhân yên tâm và cộng tác.
Kiểm tra xem chung quanh có máy móc nào lớn đang hoạt động, khả dĩ có thể làm ảnh hưởng tới sóng điện tim không.
Nhắc bệnh nhân lấy trong người ra hết những gì có thể gây nhiễu sóng: kim loại, máy điện thoại…
Cho bệnh nhân nằm thẳng, hai bàn tay ngữa, hai chân không chạm nhau. Nằm đúng tư thế nhưng thoải mái, mắt nhắm. Nếu là bệnh nhân nhi, giãy giụa nhiều phải cho uống thuốc an thần để trẻ ngủ yên.
Kiểm tra lại các thông số cần thiết khi đo điện tim: đo Huyết áp, cân nặng, chiều cao.
Để lộ ngực bệnh nhân hoàn toàn; không nên chỉ vén áo, kể cả áo ngực. Nếu nhân viên nam đo cho nữ bệnh nhân cần có người thứ ba trong phòng.
Đặt máy ở nơi bằng phẳng, vững chắc.
Kiểm tra nguồn điện. Những nguồn điện không ổn định ngoài việc có thể làm mau hỏng máy còn làm nhiễu điện khi đo. Trong trường hợp đó tốt nhất là đo bằng nguồn điện dự trữ từ pin có sẵn trong máy.
Mở máy đo điện tim. Kiểm tra máy xem có hoạt động bình thường không.
Dùng bông đã tẩm cồn lau trên bề mặt da sẽ tiếp xúc với các mặt điện cực để tăng cường diện tiếp xúc. Có thể bôi gel lên cả bề mặt tiếp xúc của các điện cực sẽ có hiệu quả hơn.

Bước 2 - Gắn các điện cực

Cách đặt các chuyển đạo:

Lau sạch bề mặt tiếp xúc của da với điện cực bằng cồn.
Thoa một lớp gel lên da, sau đó gắn các điện cực lên da. Lưu ý khi thoa gel không thoa quá rộng để nhiễu điện từ điện cực này sang điện cực khác.
Chọn chỗ thịt mềm để gắn điện cực, không nên đặt lên xương.
Có 12 chuyển đạo thông dụng: 6 chuyển đạo ngoại biên, 6 chuyển đạo trước tim.

Chuyển đạo ngoại biên (các chi)

Mặt điện cực áp vào mặt trước 1/3 dưới cẳng tay và mặt trong 1/3 dưới cẳng chân.
Trong những trường hợp đặc biệt như vướng còng, bột bó cố định xương, cụt chi… có thể gắn điện cực ở vị trí cao hơn.
Các chuyển đạo sau được gọi là các chuyển đạo ngoại biên vì đều có điện cực thăm dò đặt ở các chi.
DI (cổ tay phải và cổ tay trái): là sự khác biệt điện áp giữa điện cực LA và RA (LA - RA), hướng về LA ở 0^{o}.

DII (cổ tay phải và cổ chân trái): là sự khác biệt điện áp giữa điện cực LL và RA (LL - RA), hướng về LL ở 60º.
DIII (cổ tay trái và cổ chân trái): là sự khác biệt điện áp giữa các điện cực LL và LA (LL - LA), hướng về LL ở 120º.
Ba chuyển đạo đơn cực chi tăng cường (Augmented unipolar leads)
aVR (cổ tay phải): hướng về phía điện cực RA (- 150º), được tính như sau:
aVR = RA - (LA + LL) / 2
aVL (cổ tay trái): hướng về phía điện cực LA (- 30º), được tính như sau:
aVL = LA - (RA + LL) / 2
aVF (cổ chân trái): hướng về phía điện cực LL (+ 90º), được tính như sau:
aVF = LL - (LA + RA) / 2
Chuyển đạo trước tim
V1: liên sườn 4, cạnh phải xương ức.
V2: liên sườn 4, cạnh trái xương ức.
V3: điểm giữa khoảng cách V2 và V4
V4: giao điểm của đường trung đòn trái với liên sườn 5.
V5: giao điểm của đường nách trước trái với đường ngang đi qua V4
V6: giao điểm của đường nách giữa trái với đường ngang đi qua V4
Một số chuyển đạo trước tim khác
V7: ở liên sườn V trên đường nách sau
V8: giữa đường xương vai
V9: cạnh đường liên gai sống trái
V3R, V4R, V5R, V6R: Các điện cực này đối xứng từng cặp với V3, V4, V5, V6 qua xương ức
E: mũi ức
Bước 3 - Đo điện tim
Tiến hành đo
Trước khi đo, cần kiểm tra lại máy:
Xem máy đã ổn định chưa, mặt phẳng đặt máy có vững chắc không
Sóng có bị nhiễu không
Kiểm tra các thông số đo có đang ở vị trí bình thường không: 1mV, tốc độ 25mm/giây, chế động tự động…
Trấn an bệnh nhân. Dặn bệnh nhân cố gắng nằm yên, ít cử động và không nói chuyện trong thời gian đo điện tim.
Nhấn nút điều khiển cho máy chạy. Trong khi máy chạy phải liên tục quan sát:
Máy có chạy bình thường không
Bệnh nhân có cử động hay xảy ra sự cố gì không (điện giật do hở mạch, run, hồi hộp…). Nếu trời lạnh cần giữ ấm cho bệnh nhân.
Khi có sự cố xảy ra phải ngưng ngay tiến trình đo.
Theo dõi đường đẳng điện và chỉnh kịp thời để tránh hình ảnh các sóng bị cắt cụt.
Máy sẽ tự động đo theo chương trình cài đặt trước. Sau khi đo xong, máy sẽ tự động dừng.
Nếu thấy nhịp tim không đều thường phải đo thêm DII hoặc V1 liên tục 10-15 giây hoặc đo theo chỉ định. Để đo liên tục, cần tiến hành như sau:
Chuyển từ chế độ đo tự động sang chế độ đo bằng tay. (Auto → Manual)
Dịch chuyển đến chuyển đạo DII hoặc chuyển đạo được chỉ định (Thường là chuyển đạo gần trục điện tim nhất)
Nhấn nút đo và đếm ô hoặc bấm giờ. Cứ 1 giây tương đương 25 ô vuông nhỏ tức 5 ô vuông lớn. Đo liên tục 10 giây.

Các nút chuyển đạo có thể được thiết kế riêng hoặc bằng 2 nút mũi tên để dịch chuyển. Tùy theo hãng và chức năng của máy mà các nút điều khiển có thể được nhà sản xuất thêm vào.

Bước 4 - Kết thúc

Cho bệnh nhân mặc lại áo, đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, hoặc cho về.

III.Thu dọn dụng cụ:

Ngắt nguồn điện.

Lau sạch mặt các điện cực bằng bông cồn.

Tháo rời dây nguồn, dây điện cực.

Cuốn gọn các dây đo. Tránh để dây bị gấp hoặc xoắn, rối. Nếu máy để nơi cố định để đo thì nên treo dây điện cực lên giá để bảo quản sẽ tốt hơn.

Cất dụng cụ vào nơi quy định.

V.Ghi hồ sơ:

Ngày giờ đo điện tim

Tình hình chung của bệnh nhân.

Dán kết quả vào giấy trả kết quả.

VI. ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT ĐO

Một tác động bên ngoài hoặc kỹ thuật kém có thể dẫn đến nhiễu sóng và gây ra sai sót trong chẩn đoán. Vì vậy, cần kiểm tra kỹ trước khi tiến hành đo điện tim.

Yếu tố gây nhiễu:

Đường đẳng điện dao động: thường do mặt tiếp xúc kém. Bề mặt tiếp xúc giữa da và điện cực là nơi quan trọng. Cần làm sạch da, lông, bôi gel để làm giảm điện trở. Đôi khi chỉ vì một sợi lông cũng gây ảnh hưởng đến kết quả đo.

Bệnh nhân không nằm yên:

Có thể do bệnh nhân cảm thấy lạnh, do đó cần giữ ấm cho bệnh nhân.

Bệnh nhân căng thẳng, nói chuyện trong khi đo hoặc do bệnh nhân không hợp tác. Nên trấn an bệnh nhân và yêu cầu họ phải thở chậm nếu bị căng thẳng, cho bệnh nhân để cánh tay dọc sát cơ thể để giúp làm giảm run. Khi cần, phải cho bệnh nhân uống thuốc an thần.

Bệnh lý rung giật cơ: Parkinson, cường giáp hoặc run vô căn…

Các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến đường biểu diễn:

Bôi chất dẫn điện quá rộng làm mất sự khu trú chính xác.

Điện cực đặt trên xương nên dẫn điện kém.

Điện cực buộc lỏng, chỗ nối dây dẫn với điện cực không chặt

Các yếu tố khác: phòng ẩm, cách điện không tốt…

Hiệu chỉnh test mV:

Bình thường: phóng dòng điện 1 mV vào máy, vặn nút điều chỉnh sao cho mỗi lần ấn nút phóng điện, cần đo vọt lên và dừng đúng vị trí cao 1cm, nhả nút ra, nó hạ xuống đúng đường đẳng điện.

Quá đà (Overshoot): do dây thạch anh bị chùng hoặc bộ phận đệm, kim ghi vặn quá lỏng khiến dây nảy quá đà, đường đẳng điện vọt lên và hạ xuống quá mức. Trên điện tâm đồ thể hiện sóng nhìn thấy nhanh hơn, hẹp hơn hoặc rộng hơn.

Quá mức (Overdamping): do bộ phận đệm vặn chặt hoặc tăng sức cản ở da (ví dụ điện cực khô vì quên hoặc bôi ít gel dẫn điện). Trên điện tâm đồ thể hiện sóng như bị cùn, chậm hơn, rộng hơn, điện thế thấp hơn, có thể biến mất sóng S.

Tiêu chuẩn điện thế:

Bình thường: ứng với điện thế 1mV đường biểu diễn cao 1cm (2 ô lớn). Khi điện thể chuẩn không bằng đúng 1cm cần cân chỉnh lại hoặc hiệu chỉnh lại giá trị đo được theo điện thế chuẩn.

Khi sóng quá thấp: đo nhân đôi điện thế, ứng với dòng điện 1mV, đường biểu diễn cao 2cm.
Khi sóng quá cao: cần đo giảm điện thế, ứng với dòng điện 1mV đường biểu diễn cao 0,5cm.
Tiêu chuẩn thời gian:
Bình thường: tốc độ giấy chạy mặc định là 25 mm/giây, và 1 ô rộng 1mm ứng với khoảng thời gian là 0,04 giây.
Khi nhịp tim quá nhanh hoặc muốn sóng rộng ra để dễ phân tích: cho giấy chạy nhanh với tốc độ 50 hoặc 100 mm/giây.
Mắc đúng điện cực:
Quy luật Einthoven: tổng đại số biên độ điện thế II = I + III (điều kiện máy ghi đồng thời 3 chuyển đạo).
Nếu DI có tất cả các sóng đều âm: nhiều khả năng mắc lộn điện cực 2 tay.
Chuyển đạo aVR thể hiện dương: ngoại trừ do tim xoay sang phải thì có thể do mắc lộn điện cực.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá đang có tốc độ phát triển nhanh chóng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Việc theo dõi điều trị bệnh hiện có nhiều phương pháp khác nhau, trong đó xét nghiệm đường máu mao mạch (ĐMMM) là một kĩ thuật rất đơn giản dễ làm dễ áp dụng. Tuy vậy, nó cũng cần đòi hỏi phải tuân thủ một số quy trình kĩ thuật cơ bản. Nếu không làm đúng quy trình thì kết quả ĐMMM sẽ không chính xác ảnh hưởng rất lớn tới kết quả điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1 Chỉ định:

- Số lần đo ĐMMM trong ngày, trong tuần cũng như các thời điểm đo được bác sỹ điều trị ra chỉ định dựa trên tình trạng bệnh và nhu cầu bệnh lý của người bệnh. Các trường hợp NB đang điều trị với Insulin, đang điều chỉnh liều thuốc hạ đường máu, phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ có thể thử một đến nhiều lần trong ngày (thường trước các bữa ăn và sau các bữa ăn 1 hoặc 2 giờ).

Nếu các trường hợp đang dùng ổn định các thuốc viên hạ đường máu có thể thử đường máu 2 đến 3 lần trong tuần vào trước, sau các giờ ăn và trước giờ đi ngủ.

- Các thời điểm khác: Người bệnh đái tháo đường có thể thử bất kể khi nào có các triệu chứng bất thường như: khát nhiều, tiểu nhiều, đói, bủn rủn tay chân, vã mồ hôi hoặc trước và sau khi luyện tập thể lực.

2.2 Chống chỉ định:

Không có chống chỉ định tuyệt đối với việc thử đường máu.

3. CHUẨN BỊ .

3.1 Chuẩn bị người bệnh:

- Kiểm tra họ tên NB, số giường, giờ chỉ định thử đường máu.
- Thông báo, hướng dẫn, giải thích để NB hợp tác.
- Đề nghị NB rửa sạch và lau khô tay hoặc sát trùng bằng bông cồn rồi để khô.
- Để NB ở tư thế thích hợp (ngồi hoặc nằm).

3.2 Chuẩn bị dụng cụ:

- Máy thử đường máu, que thử đường máu, kim chích máu, bút chích máu, bảng theo dõi đường máu.
- Kiểm tra que thử đường máu (Hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử), kiểm tra máy thử (Tình trạng máy, pin).
- Hộp đựng bông cồn 700 , bông khô.
- Hộp đựng que thử, kim chích máu đã sử dụng.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

Bước 2: Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da người bệnh.

Bước 3: Lấy que thử ra khỏi hộp (đậy nắp hộp lại ngay).

Bước 4: Đưa que thử vào máy để máy tự khởi động hoặc và bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử không (nếu không trùng phải chỉnh lại cho đúng).

Bước 5: Điều dưỡng cầm tay người bệnh vuốt nhẹ dồn máu từ gốc ngón tay lên đầu ngón tay (một trong bốn ngón, ngón 2, 3, 4, 5), đưa đầu bút chích máu vào mép ngoài cạnh đầu ngón và bấm bút chích máu, nặn nhẹ để lấy đủ giọt máu (tùy theo từng loại máy mà lấy ít hay nhiều máu)

Bước 6: Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn).
Bước 7: Lau sạch máu trên tay người bệnh bằng bông khô.
Bước 8: Đợi máy hiện kết quả (từ 5- 45 giây), đọc kết quả, thông báo kết quả cho NB, dặn dò NB những điều cần thiết (như ăn ngay nếu đường máu thấp…).
Bước 9: Bỏ ngay kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng rác thải y tế phù hợp. **Bước 10:** Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
Lưu ý: Một số lỗi có thể gặp
- Ngón tay bị ướt (do cồn, nước) làm loãng và không tạo được giọt máu dẫn đến làm sai kết quả đường máu.
- Không chỉnh code máy cho phù hợp với que thử.
- Que thử bị ẩm hoặc hết hạn sử dụng.
- Lấy máu, giọt máu không đủ dẫn đến hỏng que thử hoặc cho kết quả không chính xác.

5. ĐÁNH GIÁ, GHI PHIẾU THEO DÕI-CHĂM SÓC

5.1 Đánh giá kết quả:

- Mục tiêu của kết quả ĐMMM còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể. Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2015 ĐMMM trước ăn từ 4,4 - 7,2 mmol/l và ĐMMM sau ăn 2 giờ < 10 mmol/l là đạt mục tiêu.
- Đối với phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ thì mục tiêu đường máu đòi hỏi phải kiểm soát chặt chẽ hơn.

Trước ăn:+ < 5,3 mmol/L. Sau ăn 1h:+ < 7,8 mmol/L. Sau ăn 2h:+ < 6,7 mmol/L.
- Báo bác sỹ và kịp thời xử trí khi kết quả đường máu bất thường quá cao (HI) hoặc quá thấp (LO).

5.2 Ghi phiếu điều dưỡng:

- Ngày, giờ đo đường máu
- Ghi kết quả vào sổ theo dõi đường máu hoặc phiếu theo dõi- chăm sóc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Cường (2002), "Bệnh nội tiết, chuyển hóa, đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 172 - 175.
2. Thái Hồng Quang (2001), "Bệnh đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 257 - 361.
3. Đỗ Trung Quân (2001), "Bệnh đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 72 - 179.
4. American Diabetes Association (2015), "Diabetes: Standard of care", 24-30.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn có thể xẩy ở bất kỳ đâu và bất kỳ lúc nào, đây là trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngay khi phát hiện Người bệnh ngừng tuần phải tiến hành ngay cấp cứu cơ bản hồi sinh tim phổi để giúp duy trì dòng tuần hoàn cho não và tim. Trong hồi sinh tim phổi kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực giữ vai trò rất quan trọng.

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng nhờ lực của phần thân trên người, vai và 2 tay ép lên 1/2 dưới của xương ức người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị ngừng thở, ngừng tim

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối:

+ Có tràn khí màng phổi áp lực

+ Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

2. Phương tiện, dụng cụ:

- Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn.
- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..
- Máy sốc điện, oxi.
- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên.

3. Người bệnh

- Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:

1. Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận người bệnhvà gọi người hỗ trợ. Đặt người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, có thể để chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.

Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh.

Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnh là người lớn, trẻ nhỏ và nhũ nhi khi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ 15:2 nếu người bệnhlà trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại ½ dưới xương ức, lún từ 1/3 đến ½ bề dầy lồng ngực và tần số 100 lần/phút.

2. Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi)

- Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú (nửa dưới xương ức).
- Có thể dùng 2 ngón tay để ép tim (nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 người thực hiện cấp cứu) với tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2.
- Nếu có từ 2 Người thực hiện cấp cứu trở lên có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ.

3. Trẻ nhỏ (trẻ > 1 tuổi đến thiếu niên)

Ép tim ở nửa dưới xương ức, trên đường ngang qua 2 núm vú, ép lún sâu 1/3 đến ½ độ dầy lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim. Áp dụng tỷ lệ

ép tim/thông khí 30/2 nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu.
Nếu có 2 Người thực hiện cấp cứu (hoặc là người đã hoàn thành khóa đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn) có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ.

4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên:

- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú.
- Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay.
- Kỹ thuật có 3 bước cơ bản:

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức.
+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức.
+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nắm chặt.

- Hướng ép vuông góc với mặt phẳng Người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai – khuỷu tay – cổ tay thành 1 đường thẳng.
- Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là — ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim.

VI. BIẾN CHỨNG:

Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:

• Gãy xương sườn.
• Gãy xương ức.
• Tràn khí màng phổi.
• Đụng dập phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Heart Association. 2005 AHA Guideline for CPR and ECC. Circulation. 2005;112 (suppl 4):S1. (trang web: www.circulationaha.org).
2. Vũ Văn Đính. Cẩm nang cấp cứu. Nhà xuất bản Y học Hà nội 2000.
3. Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al. Part 1: Executive Summary of 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC. Circulation. In press.
4. Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency.Cardiovascular Care cience With Treatment. Recommendations. Circulation. In press.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khai thông đường thở là một kỹ thuật cấp cứu rất quan trong đối với các người thực hiện cấp cứu nhằm đảm bảo ô xy và thông khí đầy đủ cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi.
- Tắc nghẽn đường thở do dịch tiết.
- Tắc nghẽn đường thở do dị vật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

Lưu ý: nếu nghi có chấn thương cột sống cổ thì phải cố định cột sống cổ.

Trước khi tiến hành bất kể kỹ thuật nào làm thay đổi tư thế cổ Người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật.
2. Phương tiện: Forcep lấy dị vật, canuyn hầu miệng, canuyn hầu mũi, sonde hút đờm và máy hút đờm.
3. Người bệnh: nếu Người bệnh tỉnh cần giải thích rõ thủ thuật.
4.Hồ sơ bệnh án:

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh trong trường hợp cần thiết yêu cầu gia đình Người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
2. Kiểm tra người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật.
3. Thực hiện kỹ thuật.

Kỹ thuật ngửa đầu/nâng cằm: Người bệnh nằm ngửa.

Bước 1: Người thực hiện đứng một bên của Người bệnh.

Bước 2: Một tay đặt dưới cằm và nâng cằm lên trên, tay còn lại đặt trên trán, ép xuống dưới và về phía thân.

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có.

Kỹ thuật ấn giữ hàm:

Bước 1: Người thực hiện đứng phía đầu Người bệnh.

Bước 2: Ngón tay trỏ và ngón giữa của hai tay móc vào góc hàm, ngón cái tì vào cằm. Dùng lực của cẳng tay kéo cằm Người bệnh lên trên và về phía đầu

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có.

Kỹ thuật Heimlich: khi Người bệnh tỉnh và hợp tác

Bước 1: Người thực hiện đứng phía sau Người bệnh.

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại cầm cổ tay của tay nắm. Dùng lực kéo của cánh tay giật mạnh và dứt khoát đồng thì với thì thở ra của người bệnh.

Bước 3: Kiểm tra đường thở và dị vật đã bật ra ngoài chưa.

Kỹ thuật Heimlich: khi người bệnh bất tỉnh

Bước 1: Người thực hiện ngồi lên đùi Người bệnh.

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại đan chéo với bàn tay nắm. Cùi tay đặt trên vùng thượng vị của Người bệnh. Dùng trọng lực của nửa thân mình, đẩy thẳng cánh tay với cẳng tay với động tác mạnh và dứt khoát đồng thì với thì thở ra của người bệnh.
Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có.
Kỹ thuật lấy bỏ dị vật bằng tay:
Bước 1: Người thực hiện đứng 1 bên của Người bệnh.
Bước 2: Mở miệng người bệnh. Ngón tay cái của một tay móc vào hàm dưới và đẩy xuống dưới. Ngón tay trỏ của tay còn lại móc vào khoang miệng để lấy dị vật.
Bước 3: Kiểm tra đường thở.
Kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ.
Tư thế nằm sấp:
Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ úp lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng.
Bước 2: Để đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng tay còn lại vỗ nhẹ nhưng dứng khoát vào vùng lưng trẻ.
Bước 3: Lật ngửa trẻ để kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật.
Tư thế nằm ngửa:
Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ nằm ngửa lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng.
Bước 2: Để đầu trẻ thấp. Người thực hiện dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại ép nhẹ nhưng dứng khoát vào vùng thượng vị của trẻ.
Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật.
Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng:
Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa. Người thực hiện đứng bên phải của người bệnh.
Bước 2: Mở miệng người bệnh. Đưa đầu trong canuyn vào giữa hai hàm răng, để phần cong của canuyn hướng lên trên. Tiếp tục đẩy vào trong cho đến khi có cảm giác vướng thì từ từ xoay ngược lại để đầu trong đi theo chiều cong giải phẫu của màn hầu. Đẩy vào đến khi đầu ngoài vào sát cung răng.
Bước 3: Kiểm tra đường thở.
VI. THEO DÕI
- Theo dõi các dấu hiệu chức năng sống của Người bệnh.
- Theo dõi tình trạng đường thở. Một kỹ thuật hiệu quả khi Người bệnh dễ chịu hơn. Hết các triệu chứng của tắc nghẽn.

VII. TAI BIẾN: Ít tai biến nếu tiến hành đúng kỹ thuật.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NẸP BỘT VÀ MÁNG BỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp bột là nẹp bằng bột để bất động đơn giản và tối thiểu, được dùng trong các tổn thương vùng khớp, đường kính nẹp bột không quá 1/3 chu vi của chi.
- Nẹp bột có thể dùng để bất động 1 khớp hoặc nhiều khớp trên cùng 1 chi thể (nẹp bột Cẳng-bàn tay chỉ để bất động khớp cổ tay, nẹp bột Cánh-cẳng-bàn tay để bất động khớp khuỷu và khớp cổ tay, nẹp bột Đùi-cẳng-bàn chân để bất động nhiều khớp cùng bị tổn thương 1 lúc: khớp gối, khớp cổ chân và cả các khớp bàn-ngón chân nữa...).
- Máng bột là loại nẹp bột rộng hơn, đường kính máng bột không quá ½ chu vi của chi. Độ dài của nẹp bột và máng bột không có ý nghĩa so sánh.
- Máng bột thường để bất động những khớp lớn, hoặc những khớp nhỏ có tổn thương nặng hơn hoặc trong 1 số trường hợp đặc biệt và cụ thể (ví dụ khi muốn dạng ngón 1 của tay, người ta làm máng bột Cẳng-bàn tay về phía gan tay để tách ngón 1 dạng ra xa ngón 2 trong phẫu thuật tạo hình sẹo khép ngón1).
- Nẹp bột và máng bột về tác dụng bất động thì không nhiều, bất động không vững chắc, nhưng ưu điểm là rất hiếm gây biến chứng chèn ép bột, là loại phương tiện được sử dụng phổ biến hàng ngày nhất là trong các tổn thương nhẹ và việc tăng cường, hỗ trợ bất động sau phẫu thuật hoặc bất động tạm chờ mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Tổn thương khớp nhẹ (chạm thương, bong gân, tụ máu...).
2. Bất động tạm thời để chờ mổ.
3. Hỗ trợ bất động sau mổ kết hợp xương không vững chắc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- 1 bàn có mặt phẳng để rải bột.
- Bột thạch cao: tùy tuổi, kích cỡ của chi, hình thể người bệnh, nẹp hoặc máng bột làm ở tay hay ở chân, nẹp bột gì, hoặc máng bột gì (tên gọi của nẹp bột, máng bột) mà chuẩn bị bao nhiêu bột, kích cỡ bột.
- Bông lót để bột không dính trực tiếp vào da và đặc biệt vào lông chân hoặc lông tay của người bệnh.
- Nước ngâm bột (mùa lạnh cần dùng nước ấm, khoảng 30-350).
- 1 vài cuộn băng vải hoặc băng thun để băng giữ ngoài bột.

3. Người bệnh

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng định làm nẹp bột hoặc máng bột.
- Nếu có vết thương, cần được XỬ TRÍ và băng vô trùng trước khi đặt nẹp bột, máng bột.

4. Hồ sơ nội trú hoặc ngoại trú

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LÀM NẸP BỘT, MÁNG BỘT (xin nhắc lại,máng bột hay nẹp bột chỉ khác nhau về bề rộng, không khác nhau về chiều dài, nên chỉ lưu ý sử dụng cỡ bột to nhỏ khác nhau là đủ). Sau đây chúng tôi trình bày cách làm nẹp bột làm đại diện, cho từng loại cụ thể như như sau:

1. Nẹp bột Cẳng-bàn tay: giới hạn từ mỏm khuỷu đến khớp bàn- ngón tay.

- Quấn bông lót từ trên khuỷu xuống quá khớp bàn- ngón (bông bao giờ cũng dài, rộng hơn mức bột bó, các phần sau chúng tôi không nhắc lại nữa).

- Đo hoặc ước lượng độ dài từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón của ngườibệnh.
- Dùng bột cỡ nhỏ hoặc trung bình (thường dùng 2 cuộn), rải bột lên bàn theo kiểu Zích-zắc (hoặc kiểu xếp mèche) theo độ dài đã định (khoảng 7-8 lớp), cuộn hoặc gấp đôi, rồi gấp tư lại, ngâm nước rồi vớt nhanh, bóp nhẹ cho ráo nước, duỗi bột ra như nẹp rải ban đầu, vuốt cho phẳng phiu và đặt vào sau cẳngbàn tay theo mốc đã định. Có thể dùng bột còn lại rải đi rải lại kiểu Zích-zắc sau khuỷu để tăng cường cho nẹp bột đủ dầy, không bị gẫy sau này. Tư thế cổ tay của nẹp bột Cẳng-bàn tay là tư thế cơ năng (tư thế trung bình), trừ 1 số tư thế đặc biệt theo đặc điểm của tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên (ví dụ như sau phẫu thuật nối gân gấp, phải để cổ tay gấp nhẹ).
- Vuốt dọc sau nẹp bột cho bột liên kết tốt và phẳng bột, sửa mép bột cho phẳng, quấn băng giữ ngoài nẹp bột, lau sạch bột dính ở da người bệnh.
- Trong 1 số trường hợp, đặt nẹp bột về phía gan tay (như sau nối gân duỗi), lúc này nẹp bột phải để cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay. Sau cùng, dùng băng vải hoặc băng thun băng bên ngoài để giữ nẹp.

2. Nẹp bột Cánh-cẳng-bàn tay

Tương tự như nẹp bột Cẳng-bàn tay. Khác về chiều dài nẹp bột là lên đến, cực dưới cơ Delta, nên bột cần thêm 1-2 cuộn. Tư thế khuỷu 90o, cổ tay trung bình. Còn các tư thế đặc biệt khác thì tùy theo đặc điểm tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên.

3. Nẹp bột Cẳng-bàn chân

- Giới hạn: phía trên là dưới nếp khoeo khoảng 2 cm, phía dưới là tận cùng các ngón chân.
- Bột thạch cao: 3-4 cuộn, cỡ 15 cm.
- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót.
- Đo hoặc ước lượng độ dài nẹp bột như đã định ở trên.
- Rải và đặt nẹp bột: cách làm như với nẹp bột Cẳng-bàn tay, đặt phía sau cẳng, bàn chân. Chú ý dùng 1 độn gỗ cao ở dưới khoeo người bệnh (như để bó bột Cẳng-bàn chân) để dễ làm. Nếu người bệnh cho phép nằm sấp được thì để người bệnh nằm sấp, dễ làm hơn, khi người bệnh nằm sấp sau khi đặt xong nẹp thì dùng bột còn lại rải zích-zắc tăng cường ở sau gót và cổ chân.
- Vuốt, sửa sang mép bột, quấn băng vải hoặc băng thun giữ bột ở bên ngoài, lau chùi sạch bột dính ở da người bệnh.

4. Nẹp bột Đùi- cẳng- bàn chân

- Giới hạn: bên trên bởi nếp lằn mông, bên dưới giống như nẹp bột Cẳngbàn chân: bởi tận cùng của các ngón chân.
- Là loại nẹp bột rất dài, nếu người bệnh nằm ngửa thì rất khó thực hiện kỹ thuật (kể cả có nhiều trợ thủ giúp việc), nên người ta thường để người bệnh trong tư thế nằm sấp (nếu điều kiện người bệnh cho phép) để thực hiện kỹ thuật này.
- Kỹ thuật đặt nẹp tương tự đặt nẹp bột Cẳng-bàn chân. Vùng sau gót cũng được tăng cường bột để khỏi bị gẫy bột.
- Trường hợp người bệnh không thể nằm sấp được (như bị hôn mê, người bệnh gây mê để phẫu thuật, đa chấn thương, hoặc có kèm vỡ xương chậu...) thì để người bệnh nằm ngửa thực hiện kỹ thuật. Lúc này có 2 cách:

+ Cách 1: dùng nhiều người giúp việc để đỡ chân người bệnh, vừa đỡ vừa xoa và vuốt cho nẹp bột được phẳng phiu, nếu ít người đỡ nẹp bột, bột sẽ bị võng, bị lõm, bột sẽ xấu và có thể các chỗ lõm bột gây phiền toái cho người bệnh.

+ Cách 2: bó 1 bột Đùi-cẳng-bàn chân, có đặt 2 dây rạch dọc ở 2 bên, bó xong bột thì rạch dọc bột theo 2 dây đặt ở trên, lấy bỏ phần nửa trước của bột, phần nửa sau của bột được giữ lại làm 1 máng bột.

Máng bột này ưu điểm là bất động khá tốt, chân và máng bột vào đúng phom nên người bệnh thường cảm thấy dễ chịu, nhưng nhược điểm là tốn bột.

5. Nẹp bột Đùi-cổ chân

Cách làm tương tự như nẹp bột Đùi-cẳng-bàn chân, nhưng chỉ làm đến cổ chân.

VI. THEO DÕI: Chủ yếu là theo dõi tình trạng toàn thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến chỉ có thể xảy ra khi làm giường bột.

- Tai biến chủ yếu xảy ra khi lật sấp người bệnh để rải và làm bột ở lưng. Nên phải cử người theo dõi sắc mặt người bệnh, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp...
- Khi có biểu hiện rối loạn thở, mạch, huyết áp cần nhanh chóng lật ngửa người bệnh, áp dụng các biện pháp cấp cứu cần thiết (truyền dịch, hô hấp hỗ trợ...).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Dùng 1 xung điện có điện thế lớn (7000-8000 volt) trong thời gian rất ngắn (0,03-0,10 s) phóng qua tim làm khử cực toàn bộ cơ tim, tạo điều kiện cho nút xoang trở lại nắm quyền chỉ huy toàn bộ tim. Có hai loại: sốc điện không đồng bộ và sốc điện đồng bộ (xung được phóng ra vào thời điểm lựa chọn là sườn sau sóng R). Sốc điện có thể tiến hành trực tiếp trên tim khi mở lồng ngực (sốc điện trong lồng ngực) hoặc qua thành ngực (sốc điện ngoài lồng ngực).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Sốc điện cấp cứu:

- Rung thất/nhanh thất vô mạch: sốc điện không đồng bộ, mức năng lượng: 200-360J.
- Loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) có rối loạn huyết động: sốc điện đồng bộ.
- Cần thực hiện nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

2. Sốc điện có chuẩn bị:

- Các loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) chưa có rối loạn huyết động không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác như thủ thuật cường phế vị, thuốc chống loạn nhịp. Cần gây mê ngắn khi sốc điện.
- Phương thức: Sốc điện đồng bộ, mức năng lượng thường thấp 25-200J.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tim nhanh nhĩ đa ổ.
- Người bệnhcòn tỉnh.
- Có sự tiếp xúc trực tiếp của người bệnhvới người khác.
- Bề mặt da vị trí đặt điện cực bị ẩm ướt.
- Người bệnhđang mang các thiết bị tạo nhịp hay phá rung trong người.

IV. CHUẨN BỊ

1. Thuốc

- Thuốc gây mê tác dụng ngắn: Propofol là thuốc được lựa chọn hàng đầu hiện nay.
- Các thuốc vận mạch.

2. Dụng cụ

Dụng cụ cấp cứu: Bóng ambu, nguồn oxy, bộ dụng cụ đặt nội khí quản.

Máy sốc điện bao gồm:

- Bộ phận tạo xung điện là 1 tụ điện tích điện từ nguồn điện xoay chiều có khả năng phóng ra được dòng điện với các tính chất mong muốn theo yêu cầu sốc điện.
- Bản sốc điện có kích cỡ thay đổi tùy sốc trong hay ngoài lồng ngực, người lớn hay trẻ em. Đối với người lớn sốc điện qua thành ngực thường có đường kính 80mm.
- Dây điện cực với 3-5 điện cực.
- Màn huỳnh quang (monitor) hiển thị sóng điện tim thu từ các điện cực hoặc bản sốc điện, các thông số kỹ thuật.
- Nút/phím chọn phương thức sốc điện đồng bộ (SYN=synchronization).
- Nút hoặc phím lựa chọn mức năng lượng (tính bằng joules hoặc watts).Các mức 5-50 J chủ yếu dùng cho sốc điện trực tiếp trên tim khi phẫu thuật mở lồng ngực; các mức cao hơn thường dùng cho sốc điện ngoài lồng ngực.
- Nút/phím nạp điện (CHARGE).
- Nút phóng điện.

3. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình người bệnhvà kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các bản điện cực trên thành ngực người bệnh, kết nối dây dẫn các điện cực với monitoring. Lựa chọn phương thức sốc điện và năng lượng sốc.
- Thoa kem dẫn điện đầy đủ, lực ép trên thành ngực phải đủ đảm bảo tiếp xúc tốt với da người bệnh tránh sinh nhiệt quá mức gây phỏng da.
- Tránh nối tắt do kem dẫn điện giữa 2 bản điện cực, không để phần da trần của người bệnhtiếp xúc với các vật kim loại xung quanh như thành giường để đảm bảo hiệu quả của sốc điện.
- Gây mê ngắn cho Người bệnh bằng propofol liều 1mg/ kg cân nặng.
- Người phụ bóp bóng hỗ trợ hô hấp cho người bệnh, theo dõi liên tục SpO2.
- Thủ thuật viên đặt các bản điện cực sốc vào đúng vị trí. Thông thường vị trí đặt bản điện cực là đáy-đỉnh, bản điện cực STERNUM ở vùng dưới xương đòn bên phải, APEX ở hơi phía ngoài mỏm tim.
- Ấn phím nạp điện, khi thanh chỉ dẫn nạp điện ở mức đủ, ấn phím phóng điện.
- Sau khi sốc điện, người phụ duy trì bóp bóng qua mặt nạ có oxy cho đến khi người bệnh hồi tỉnh hoàn toàn.
- Cách ly tốt Người bệnh để tránh gây điện giật cho những người xung quanh.

VI. THEO DÕI

- Lâm sàng: ý thức người bệnh, nhịp thở, nhịp tim, huyết áp. Nếu người bệnh ngừng thở thì cố gắng kích thích bằng cách gây đau và gọi to cho người bệnh tỉnh. Nếu người bệnhvẫn ngừng thở và SaO2 <90%: bóp bóng có oxy hỗ trợ. Nếu tăng tiết đờm rãi: hút đờm rãi qua mũi miệng, đặt NKQ nếu cần.
- Theo dõi điện tâm đồ và xử trí những rối loạn nhịp nếu có.
- Theo dõi các tổn thương do sốc điện gây ra: bỏng, tiêu cơ vân, hoại tử cơ tim.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rung thất do lựa chọn sai phương thức sốc điện, mức năng lượng quá cao: ép tim, và lựa chọn lại mức năng lượng.
- Ngừng tim: cấp cứu theo qui trình cấp cứu ngừng tuần hoàn ABC.
- Tắc mạch: Hay gặp ở Người bệnh rung nhĩ không được điều trị chống đông hiệu quả. Can thiệp mạch hoặc phẫu thuật và dùng chống đông tuỳ từng trường hợp.
- Hoại tử cơ tim do năng lượng sốc quá cao.
- Phù phổi cấp do suy giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc do nhĩ ngừng co bóp thoáng qua: điều trị theo phác đồ xử trí phù phổi cấp.
- Bỏng da

TÀI LIÊU THAM KHẢO

1. Lown B, Amarasingham R, Neuman J. New method for terminating cardiac arrhythmias. Use of synchronized capacitor discharge. JAMA. Nov 3 1962;182:548-55.
2. Ambler JJ, Sado DM, Zideman DA, Deakin CD. The incidence and severity of cutaneous burns following external DC cardioversion. Resuscitation. Jun 2004;61(3):281-8.
3. Schneider T, Martens PR, Paschen H, Kuisma M, Wolcke B, Gliner BE, et al. Multicenter, randomized, controlled trial of 150-J biphasic shocks compared with 200- to 360-J monophasic shocks in the resuscitation of out- of-hospital cardiac arrest victims. Optimized Response to Cardiac Arrest (ORCA) Investigators. Circulation. Oct 10 2000;102(15):1780-7.

4. Botto GL, Politi A, Bonini W, Broffoni T, Bonatti R. External cardioversion of atrial fibrillation: role of paddle position on technical efficacy and energy requirements. Heart. Dec 1999;82(6):726-30.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ ÔXY QUA GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở ôxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho người bệnh đặc biệt người bệnh ở phòng cấp cứu. Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng ôxy cao hơn so với khí phòng (FiO_2).

Thở ôxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các người bệnh cần thở ô xy.

Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng.

II. DỤNG CỤ THỞ Ô XY

- Ôxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của người bệnh, có hai chấu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).
- Lưu lượng ôxy từ 1 - 6Lít/phút
- FiO_2 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và Vt của người bệnh. FiO_2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ ôxy khí trời là 20% cứ cho người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO_2 tăng thêm 4%.
- FiO_2 đạt được 24% - 44%

III. CHỈ ĐỊNH

Thở ôxy qua gọng kính thường là thủ thuật được lựa chọn ban đầu cho các

Người bệnh có chỉ định thở ôxy bao gồm:

1. Giảm ôxy hóa máu mức độ nhẹ/trung bình

$PaO_2 < 60mmHg$, $SaO_2<90\%$ (thở ôxy phòng).

2. Tăng công hô hấp
3. Tăng công cơ tim
4. Tăng áp động mạch phổi

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối:

- Hẹp hoặc tắc mũi do chất nhầy
- Polype trong mũi.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ ÔXY QUA GỌNG KÍNH

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
I.	**CHUẨN BỊ**		
1.	**Người thực hiện thủ thuật:** Điều dưỡng.		
2.	**Phương tiện**		
	- Ôxy gọng kính		
	- Bình làm ẩm nối với hệ thống ôxy trung tâm		
3.	**Người bệnh**		
	- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.		
	- Đảm bảo đường thở thông thoáng		
4.	**Hồ sơ bệnh án**		
II.	**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**		
	- Bật ôxy nguồn xem có hoạt động không.		
	- Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước		
	- Điều chỉnh lưu lượng ôxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo ôxy hóa máu), thường đặt 1 - 6 lít/phút		
	- Nối hệ thống dây ôxy gọng kính vào người bệnh.		
III.	**THEO DÕI**		
1.	Đánh giá đáp ứng của người bệnh sau thở ôxy về lâm sàng và khí máu		
	- Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.		
	- Khí máu: các chỉ số PaO_2, SaO_2, Pa CO_2…..		
2.	Đánh giá sự dung nạp của người bệnh với dụng cụ thở ô xy.		
3	Ghi chép hồ sơ thủ thuật.		
IV	**BIẾN CHỨNG**		
	Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng. Có thể gặp:		
1	Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở người bệnh COPD		
2	Khô niêm mạc đường thở		
3	Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở ô xy.		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mặt nạ có túi là thủ thuật giúp cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao có thể lên tới 100%.

II. DỤNG CỤ THỞ OXY

Mặt nạ hít lại một phần và mặt nạ không hít lại

1. Mặt nạ hít lại một phần (hình 1): mặt nạ nối thẳng với túi
- Lưu lượng oxy thông thường 6 – 10 l/phút
- FiO2 đạt được 50% - 70%

2. Mặt nạ không hít lại
- Mặt nạ có thêm các van một chiều ở cổng thở ra (một hoặc hai bên), và giữa mặt nạ và túi khí.
- Lưu lượng oxy thường 6 – 10 lít/phút
- FiO2 đạt được 70% - 100%

III. CHỈ ĐỊNH

Thở oxy qua mặt nạ có túi thường được áp dụng cho các người bệnh đã được dùng các phương thức thở oxy khác thất bại

1. Giảm oxy hóa máu: PaO2<60mmHg, SaO2<90% (thở oxy phòng).
2. Tăng công hô hấp.
3. Tăng công cơ tim.
4. Tăng áp động mạch phổi.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.
2. Chống chỉ định tương đối:
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).
- Người bệnh nôn nhiều: nguy cơ sặc vào phổi gây viêm phổi.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện:
- Mặt nạ hít lại một phần.
- Mặt nạ không hít lại.
- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm.

3. Người bệnh:
- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên người bệnh hợp tác thở.
- Đảm bảo đường thở thông thoáng.

4. Hồ sơ bệnh án

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn mặt nạ phù hợp với người bệnh.
2. Bật oxy nguồn xem có hoạt động không.
3. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước.
4. Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 – 10 lít/phút.
5. Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi người bệnh hít vào.
6. Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng người bệnh.

VII. THEO DÕI

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu.
2. Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.
3. Khí máu: các chỉ số PaO2, SaO2, Pa C02…
4. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của Người bệnh với mặt nạ.
5. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VI. BIẾN CHỨNG

Thường liên quan đến nồng độ oxy cao khi thở bằng mặt nạ có túi
1. Viêm phổi do sặc: khi Người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.
2. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD.
3. Xẹp phổi: khi thở oxy ở nồng độ cao (thường > 60%), khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang (xẹp phổi).
4. Khô niêm mạc đường thở.
5. Ngộ độc ôxy.
6. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên (sập hầm, đuối nước, điện giật, ngộ độc...) nhưng chưa có ngừng tuần hoàn hoặc có ngừng tuần hoàn.
- Thổi ngạt được tiến hành bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua mồm nạn nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng tuần hoàn
- Ngừng thở đột ngột nhưng chưa có ngừng tuần hoàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.
- Tuy nhiên không thổi ngạt trực tiếp với những nạn nhân nghi có nhiều khả năng mắc bệnh truyền nhiễm: HIV…

VII. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật.

2.Dụng cụ: hộp dụng cụ cấp cứu ngừng thở ngừng tim, được chuẩn bị sẵn.

- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..
- Máy sốc điện, oxi,
- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

3. Người bệnh

Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nạn nhân nằm ngửa, **mở đường dẫn khí** bằng cách ngửa đầu và nâng cằm.

+ Đặt một bàn tay (thường là tay không thuận) lên trán nạn nhân và đẩy ngửa đầu nạn nhân ra sau một cách nhẹ nhàng trong khi vẫn thả các ngón tay cái và trỏ tự do để bóp bịt mũi nạn nhân nếu cần thổi ngạt.

+ Đặt các đầu ngón tay của bàn tay còn lại (thường là tay thuận) dưới cằm nạn nhân, nâng cằm lên để mở đường dẫn khí (Không được đẩy mạnh hàm nạn nhân vì động tác này có thể làm cột sống cổ bị tổn thương nặng hơn nếu có kèm chấn thương. Vì vậy, nên mở đường dẫn khí (ngửa đầu và nâng cằm) một cách thận trọng cho cả nạn nhân có hoặc không có tổn thương cột sống cổ).

- Giữ mở đường dẫn khí, **kiểm tra hô hấp** (quan sát, nghe ngóng và cảm nhận nhịp thở).

V. THEO DÕI

Nếu thổi ngạt có kết quả:

Chú ý tư thế Người bệnh, sắc mặt, đồng tử, nhịp thở, mạch, huyết áp...

Vận chuyển Người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất nếu Người bệnh tái lập được tự thở.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Chăm sóc người bệnh là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của bệnh viện, các hoạt động điều trị, chăm sóc người bệnh phải đảm bảo an toàn, chất lượng và tạo sự hài lòng cho người bệnh.
2. Công tác vận chuyển người bệnh phải được thực hiện bởi người được phân công có chuyên môn, trách nhiệm, đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình vận chuyển và đảm bảo đầy đủ các thủ tục hành chính theo quy định.
3. Quy định này áp dụng cho các trường hợp: chuyển người bệnh giữa các khoa điều trị nội trú; chuyển người bệnh đi làm các xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng; chuyển người bệnh đi khám chuyên khoa; chuyển người bệnh đến bệnh viện khác. Quy định này không áp dụng cho trường hợp chuyển người bệnh từ Khoa Khám bệnh và Khoa Khám bệnh theo yêu cầu vào các khoa nội trú.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Đối tượng cần vận chuyển:

- Người bệnh không thể tự đi lại được hoặc phải cần sự trợ giúp của các phương tiện vận chuyển.

2. Đối tượng tham gia vận chuyển người bệnh:

- Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, nhân viên vận chuyển.
- Học sinh, sinh viên, học viên đang học tập tại các đơn vị có thể tham gia hỗ trợ vận chuyển người bệnh (khi được phân công).
- Trường hợp người bệnh chăm sóc cấp 1 cần có bác sĩ tham gia vận chuyển.

3. Phương tiện vận chuyển.

- Xe cứu thương.
- Xe điện vận chuyển.
- Giường cấp cứu.
- Xe đẩy ngồi (có kèm cọc truyền nếu cần).
- Cáng nằm (có đai cố định).
- Lồng ấp hoặc cũi có thành chắn chắc chắn (đối với trẻ sơ sinh).
- Đối với trường hợp người bệnh chăm sóc cấp 1, 2 cần mang theo bình ôxy hoặc balon ôxy, hộp cấp cứu (theo phụ lục 1).
- Các phương tiện hỗ trợ khác: ô che, áo mưa, chăn hoặc ga đắp (nếu cần).

4. Công tác chuẩn bị.

- Điều dưỡng thông báo kế hoạch vận chuyển cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh để cùng trợ giúp.
- Bác sĩ và điều dưỡng đánh giá tình trạng người bệnh, các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển người bệnh.
- Chuẩn bị và kiểm tra phương tiện vận chuyển, kiểm tra phương tiện cấp cứu (nếu là người bệnh chăm sóc cấp 1, 2).
- Kiểm tra lại các thủ tục hành chính: Hồ sơ bệnh án, thanh toán viện phí (nếu có) và các giấy tờ cần thiết khác, điền thông tin vào phiếu bàn giao tình trạng người bệnh, sổ bàn giao người bệnh trong trường hợp chuyển khoa hoặc chuyển viện.
- Đơn vị có người bệnh chuyển đi liên hệ trước với đơn vị mà người bệnh sẽ được chuyển đến để đã sẵn sàng tiếp nhận người bệnh hoặc làm các xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng (nếu cần).

5. Quá trình vận chuyển.

- Thực hiện đúng kỹ thuật vận chuyển người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp; che chắn, đắp chăn hoặc ga cho người bệnh (nếu cần).
- Vận chuyển người bệnh nhẹ nhàng, không để người bệnh rơi, ngã.

* Chú ý các vị trí vận chuyển:

+ Từ giường lên cáng và ngược lại.
+ Khi lên dốc và xuống dốc.

- Đối với người bệnh chăm sóc cấp 1, 2 cần theo dõi sát:

+ Toàn trạng người bệnh: Sắc mặt, nhịp thở, mạch, SpO2 (nếu có).
+ Hoạt động của các trang thiết bị đi kèm (nếu có).
+ Các đường truyền, đường dẫn lưu (nếu có).

- Tại nơi chuyển đến phải bàn giao cụ thể tình trạng người bệnh kèm theo phiếu bàn giao người bệnh hoặc sổ chuyển người bệnh.(Phiếu bàn giao người bệnh sau khi ký nhận dán vào vị trí phiếu theo dõi chăm sóc điều dưỡng trong Hồ sơ Bệnh án).
- Khi kết thúc phải báo cáo lại người có trách nhiệm tại đơn vị chuyển người bệnh.

Lưu ý: Trong quá trình vận chuyển, nếu tình trạng người bệnh có diễn biến nặng lên: khó thở, ngừng thở, ngừng tim,... phải khẩn trương tiến hành cấp cứu người bệnh và đưa ngay người bệnh về đơn vị Hồi sức cấp cứu (hoặc cơ sở y tế) gần nhất để đảm bảo người bệnh được cấp cứu kịp thời.

Các đơn vị có nhiệm vụ phối hợp về nhân lực, phương tiên vận chuyển để xử trí các tình huống cấp cứu đột xuất trong quá trình vận chuyển người bệnh (nếu có) nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chọc hút khí màng phổi là 1 kỹ thuật cấp cứu, thường thực hiện ở các khoa cấp cứu để xử trí ban đầu các Người bệnh bị tràn khí màng phổi.
- Là kỹ thuật quan trọng nhưng không phải khó thực hiện, là yêu cầu bắt buộc phải nắm rõ đối với các bác sĩ cấp cứu Mốc giải phẫu: vị trí các khoang liên sườn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát
- Tràn khí màng phổi áp lực

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối:

+Tràn khí màng phổi thứ phát (thường mở dẫn lưu màng phổi)

+ Tràn khí màng phổi do chấn thương không tăng áp lực

+ Chú ý khi có: những bất thường như giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu (cân nhắc lợi ích và nguy cơ). Nhiễm trùng da tại vị trí dự định chọc hút khí, (nên chọn vị trí da không bị nhiễm trùng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người làm thủ thuật

- Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật chọc hút khí màng phổi
- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ chọc hút khí màng phổi

2. Dụng cụ

- Dung dịch sát trùng da: cồn, iod
- Dụng cụ gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, kim 25G, xylanh 5ml
- Găng, mũ, áo, khẩu trang vô trùng
- Toan vô trùng
- Dụng cụ theo dõi SpO2
- Kim chọc hút khí màng phổi, thường dùng loại 16-18G hoặc lơn hơn nếu cần, không nên dùng các loại kim có mũi vát quá nhọn dễ gây thủng và vỡ các bóng khí ở nhu mô phổi (tốt nhất dùng catheter chọc màng phổi chuyên biệt).
- Dây dẫn gắn với khóa chạc 3.
- Bơm tiêm hút khí loại 50-100ml hoặc máy hút các bình dẫn lưu.
- Bộ mở màng phổi, nếu khi cần sẽ mở dẫn lưu màng phổi

3. Người bệnh

- Giải thích cho về kỹ thuật để NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)
- Kiểm tra phim XQ phổi, xác định chính xác bên bị tràn khí

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh, gia đình người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh, gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

2. Kiểm tra Người bệnh Đánh giá lại các chức năng sống của Người bệnh có an toàn cho thực hiện thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh ngồi tựa lưng vào ghế tựa hoặc nằm tư thế Fowler
- Khám và xác định vị trí tràn khí màng phổi, đối chiếu với phim XQ
- Sát trùng vị trí chọc
- Gây tê tại vị trí chọc ở chổ giao nhau giữa khoang liên sườn II (hay III) và đường giữa xương đòn, hoặc khoang liên sườn IV (hay V) đường nách giữa.
- Lắp kim vào xyranh 5ml, đâm kim thẳng góc với mặt da ngay bờ trên xương sườn dưới (để tránh bó mạch thần kinh liên sườn)
- Vừa đâm kim vừa hút chân không đến khi vào đến khoang màng phổi (lực hút trên xylanh giảm đột ngột, Người bệnh ho do bị kích thích màng phổi), rút nòng trong, tiếp tục luồn vỏ ngoài vào
- Lắp chuôi catheter vào dây dẫn có gắn khóa chạc 3 hoặc ống cao su có kẹp kìm Kocher thay cho van
- Hút khí bằng bơm tiêm cho đến khi hút không ra gì (ngưng hút khi gặp kháng lực, Người bệnh ho). Đóng chạc 3 và cố định catheter
- Theo dõi Người bệnh 6-8 giờ, chụp lại phim XQ phổi, nếu hết khí, Người bệnh hết khó thở có thể cho về nhà theo dõi.
- Nếu hút không hết khí, lắp vào máy hút liên tục

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu và đau do chọc vào bó mạch thần kinh liên sườn
- Nhiễm trùng: do thủ thuật thiếu vô trùng
- Tràn khí dưới da

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đính. Chuyên môn kỹ thuật hồi sức cấp cứu

2. Shahriar Zehtabchi, (2007). Management of Emergency department patiens with primary spontaneous pneumothrax. Annals of Emergency Medicine.

3. Shoaib Faruqi, (2004). Role of simple needle aspiration in the management of pneumothorax.

TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ

I. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

Tác dụng của bó bột trong điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình là điều không phải bàn cãi. Ngay cả ở các nước phát triển, trình độ phẫu thuật có tiến bộ đến mấy thì việc bó bột điều trị bảo tồn cũng vẫn được coi trọng. Nhưng nếu việc bó bột không được chuẩn bị tốt, đặc biệt nếu không tuân thủ những nguyên tắc nghiêm ngặt thì có thể xảy ra những tai biến đáng tiếc. Tai biến của bó bột có nhiều, với nhiều mức độ khác nhau, nhẹ là mất hoặc giảm chức năng của chi, nặng hơn là cắt cụt, nặng nữa có thể nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân gây suy đa tạng dẫn đến tử vong. Nguyên nhân của tai biến do bó bột có thể do khách quan (có tổn thương sẵn từ lúc đầu), nhưng cũng có thể gây ra do sự thiếu hiểu biết hoặc thái độ cẩu thả, tắc trách của thầy thuốc.

Chúng tôi chia tai biến của bó bột ra 3 loại sau, theo thời gian:

1. Tai biến tức thì

- Choáng (shock) do đau đớn trong quá trình nắn, bó bột.
- Choáng phản vệ do thuốc tê, thuốc mê.
- Co thắt khí phế quản, hội chứng xâm nhập hoặc hiện tượng trào ngược khi người bệnh gây mê, ngừng thở, ngừng tim dẫn đến tử vong.

2. Tai biến sớm

- Tổn thương mạch máu, thần kinh. Ở chi trên có thể gặp tổn thương động mạch cánh tay, thần kinh giữa, thần kinh quay, thần kinh trụ, đám rối thần kinh cánh tay. Ở chi dưới có thể gặp ở động mạch khoeo, động mạch chầy sau, thần kinh mác chung… (tuy hiếm xảy ra).
- Xương chọc ra gây gẫy hở thứ phát: lúc đầu là gẫy kín, nhưng do thiếu cẩn thận hoặc động tác vận chuyển hoặc kéo nắn thô bạo có thể làm đầu xương nhọn chọc thủng da gây gẫy hở (thường là gẫy hở độ 1).
- Gẫy thêm xương, đặc biệt với người bệnh cao tuổi và người có bệnh lý về xương (ví dụ có thể ban đầu là chỉ gẫy xương chầy đơn thuần, nhưng nắn thô bạo có thể làm gẫy thêm xương mác, hay ở những người bệnh cao tuổi xương loãng khi nắn trật khớp vai không cẩn thận có thể làm gẫy xương cánh tay...).
- Phù nề, rối loạn dinh dưỡng, hội chứng chèn ép khoang cấp gây hoại tử chi có thể xảy ra (bó bột cấp cứu không rạch dọc bột, không theo dõi sát để nới bột kịp thời, không tổ chức khám lại, không dặn dò hướng dẫn người bệnh phối hợp cùng thầy thuốc theo dõi và săn sóc người bệnh...).
- Gây liệt tủy với gẫy cột sống không vững (kéo nắn cột sống thô bạo có thể gây đứt tủy, dập tủy, phù nề tủy gây liệt tủy, đặc biệt nguy hiểm ở tủy cổ).

3. Tai biến muộn

- Rối loạn dinh dưỡng bán cấp và rối loạn dinh dưỡng từ từ: không đến mức độ làm hoại tử chi nhưng để lại hậu quả đáng tiếc: sưng nề kéo dài, cứng khớp, ảnh hưởng đến cơ năng của chi.
- Thiếu máu bán cấp và mãn tính còn gây xơ hóa các cơ, cơ không còn độ chun giãn đàn hồi nữa, đó chính là biểu hiện của hội chứng Volkmann, Sudeck... Sau này điều trị rất khó khăn, tốn kém, mà kết quả cuối cùng cũng không được như ý muốn.
- Can lệch: do nắn không tốt, bất động không đúng quy cách...
- Khớp giả: do nắn không tốt, bất động chưa đủ thời gian, do tuổi cao, do không được tư vấn về chế độ ăn uống cũng như hướng dẫn cách tập trong và sauthời gian mang bột.
- Viêm xương: do gẫy xương hở, tụ máu nhiễm trùng, loét do tỳ đè...

II. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN DO BÓ BỘT

Để giảm thiểu tối đa các tai biến của bó bột chúng ta phải:

1. Thăm khám kỹ người bệnh trước khi bó bột

Tình trạng toàn thân

-Tình trạng chung:

+ Tri giác (dựa vào thang điểm Glasgow, ở người bình thường: 15 điểm):

để tránh tình trạng thầy thuốc mải nắn bó bột, người bệnh hôn mê dẫn đến tử vong mà không biết, hoặc nắn gây đau dẫn đến hậu quả người bệnh nặng lên về toàn thân.

+ Mạch, huyết áp, có biểu hiện mất máu trong hay không: nếu mạch nhanh nhỏ, khó bắt; huyết áp thấp hoặc khó đo, da niêm mạc nhợt...thì không được nắn bó bột, mà phải báo ngay cho bác sỹ trực cấp cứu ngoại khoa XỬ TRÍ.

+ Nhịp thở: bình thường nhịp thở người lớn 16-20 lần/1 phút. Nếu nhịp thở bất thường cũng không được làm thủ thuật nắn bó bột, phải báo bác sỹ ngay.

+ Có rối loạn cơ tròn không (khi gẫy cột sống): nếu có, nghĩ đến tổn thương đứt tủy, dập tủy, choáng tủy.

- Có tổn thương phối hợp không.

+ Tổn thương ở các tạng khác: sọ não (tri giác), ngực (khó thở, rối loạn nhịp thở), bụng (đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện...), tiết niệu (đái máu, không tiểu tiện tự chủ được...).

+ Tổn thương ở các chi khác (có thể 1 chân hoặc tay bị gẫy trong tìnhtrạng nặng có thể làm chúng ta quên hoặc bỏ sót các tổn thương ở các chi còn lại).

Tại chi gẫy: cần thăm khám

- Gẫy hở hay gẫy kín.
- Mầu sắc của chi gẫy. Nếu mầu da hồng là tốt.
- Nhiệt độ chi gẫy. Nếu sờ thấy ấm là tốt.
- Bắt mạch chi gẫy (ở tay: bắt mạch quay, ở chân: bắt mạch mu chân hoặc chầy sau ở ống gót, phía sau mắt cá trong).
- Tình trạng cử động và cảm giác của chi gẫy: rất quan trọng, đôi khi người bệnh chỉ thấy cảm giác tê chân, đó cũng có thể là dấu hiệu của tổn thương mạch máu, chứ không chỉ là biểu hiện của tổn thương thần kinh đơn thuần. Nếu có nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc thần kinh thì không được bó bột, mà chỉ làm tối thiểu: máng bột, nẹp bột, bất động nhanh và tối thiểu để chuyển đến cơ sở cấp cứu ngoại khoa cho bác sỹ trực mổ cấp cứu.

2. Bó bột đúng nguyên tắc và đúng chỉ định. Các tiêu chí cụ thể là:

- Bó bột theo đúng các mốc đã được quy định đối với cụ thể từng loại bột.
- Bột bó thành một khối vững chắc (nhất là các loại bột lớn phải bó nhiều thì).
- Bất động chi gẫy phải trên 1 khớp, dưới 1 khớp (trừ 1 vài trường hợp đặc biệt).
- Không tỳ đè (đặc biệt vùng khớp, phải đệm lót nhiều để tránh loét).
- Đủ độ dầy: tùy loại bột cụ thể, thường trung bình từ 5-8 lớp.
- Không chặt quá (gây chèn ép bột), không lỏng quá (không có tác dụng bất động).
- Bó đều tay (không lồi, không lõm bột).- Bột cấp cứu (dưới 7 ngày): phải rạch dọc bột, rạch không bỏ sót dù chỉ là 1 sợi gạc (chỉ có các loại bột không rạch dọc là: Minerve, Cravate, Corset, Ngực-vai-cánh tay, bột Cẳng-bàn chân ôm gối; nhưng phải độn lót dầy. Các loại bột rạch dọc từ gốc chi trở xuống là: Chữ U, Chậu-lưng-chân, Ngực-chậu-lưng chân).

3. Tổ chức khám kiểm tra bột, phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời các tai biến.

Tổ chức kiểm tra bột.

- Thời gian nào kiểm tra: thường là 24 giờ, nặng thì 12 giờ, thậm chí từng giờ.
- Khám kiểm tra những gì?

+ Bột bó có đúng quy định chưa, có bị gẫy bột hoặc long lở bột ra không?

+ Tình trạng chi gẫy (lưu ý vùng ngoại vi như bàn ngón chân, bàn ngón tay) ngoài các điểm như phần thăm khám chi gẫy đã nói ở phần trên, cần xem:
* Có đỡ đau hơn trước khi bó bột không? Nếu đau tăng lên cần kiểm tra cẩn thận.
* Có phỏng nước không? Phỏng nước sớm: có rối loạn dinh dưỡng nặng.
* Với trẻ em: có quấy khóc không? Nếu quấy khóc, cần phải xem xét kỹ.

III. XỬ TRÍ TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

1. Mức độ nhẹ: Nới bột, rạch dọc bột, gác cao chi bó bột.
2. Mức độ vừa: Như trên, kèm thêm thuốc chống phù nề, phong bế gốc chi...
3. Mức độ nặng (có dấu hiệu chèn ép khoang, tím chi, hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh): chuyển mổ cấp cứu để XỬ TRÍ theo tổn thương (giải ép, nối hoặc ghép mạch...)

CHƯƠNG II: CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

PHẦN 1: X-QUANG

QUY TRÌNH CHỤP SỌ THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh nằm ngửa trên bàn chụp 2 chân ruỗi thẳng, 2 tay dọc theo cơ thể.
Xương chẩm và gáy sát mặt bàn, mặt bệnh nhân hơi ngửa.
Chỉnh mặt phẳng chính diện vào giữa phim theo chiều dọc.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tía trung tâm khu trú vào điểm giữa 2 hốc mắt.Tia X chiếu qua ụ chẩm ngoài và vào gữa phim theo chiều doc.
Căn dăn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Đương sống mũi vào giữa phim theo chiều dọc và lấy được toàn bộ hộp sọ.
+ Bóng tháp xương đá chồng lên hốc mắt.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả

QUY TRÌNH CHỤP SỌ NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh nằm ngửa trên bàn chụp 2 chân ruỗi thẳng, 2 tay dọc theo cơ thể.
-Nghiêng đầu bệnh nhân về bên cần chụp.
Chỉnh mặt phẳng chính diện vào giữa phim theo chiều dọc.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tía trung tâm khu trú vào điểm giữa đường nền Reid khoảng 2cm.
Căn dăn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Trần hốc mắt ,cánh lớn 2 xương bướm chồng lên nhau.
+ Lấy được toàn bộ hộp sọ tư thế nghiêng.
+ Lồi cầu xương hàm 2 bên chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP BLONDEAU

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1, CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh nằm trên bàn chụp 2 chân ruỗi thẳng, 2 tay dọc theo cơ thể.
Mũi và trán sát mặt bàn.
+Tư thế bệnh nhân nắm sấp:
Cằm bệnh nhân nằm tỳ sát mặt bàn mặt bệnh nhân hơi ngửa
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với phim vào giữa phim theo chiều dọc.
Bóng tia x chiếu chếch xuống dưới chân 20 độ.
+ Tư thế bệnh nhân nằm ngửa:
Chẩm gáy sát phim phim được đẩy lên phía trên.
-Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với phim vào giữa phim theo chiều dọc.
Bongd X –Quang chiếu lên phía đầu 1 góc 30 độ so với mặt phẳng.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Vách ngăn mũi vào giữa phim theo chiều dọc.
+ Hốc mắt và các xoang 2 bên cân đối.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP SỌ HIRTZ

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh nằm trên bàn chụp 2 chân ruỗi thẳng, 2 tay dọc theo cơ thể.
Mũi và trán sát mặt bàn.
+Tư thế bệnh nhân nắm sấp:
Cằm bệnh nhân nằm tỳ sát mặt bàn mặt bệnh nhân hơi ngửa tối đa.
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với phim vào giữa phim theo chiều dọc.
Bóng tia x chiếu chếch xuống vuông góc với phim.
+ Tư thế bệnh nhân nằm ngửa:
Chẩm gáy sát phim phim đầu bệnh nhân cúi tối đa sao cho cằm sát ngực.
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với phim vào giữa phim theo chiều dọc.
Bóng X –Quang chiếu lên phía đầu 1 góc 30 – 45 độ so với mặt phẳng.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Vách ngăn mũi vào giữa phim theo chiều dọc.
+ Hình răng cửa chồng lên xương trán cung tiếp xương gò má 2 bên cân đối
+ Thấy rõ toàn bộ xương sọ, xoang sàng, xoang bướm, xoang hàm xương đá.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG CỔ THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh đứng hoặc ngồi trước giá phim bệnh nhân quay mặt về phía bóng, 2 tay xuôi dọc cơ thể.
Chẩm gáy bệnh nhân sát phim cằm hơi ngửa
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với trục cột sống cổ và vào giữa phim theo chiều dọc .
Bóng tia x chiếu chếch lên đầu 1 góc 20 độ
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ đốt sống cổ .
+ Thấy rõ đốt sống cổ từ C3-C7 và các khe khớp.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG CỔ NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng đẫn bệnh đứng hoặc ngồi trước giá phim bệnh nhân chếch về phía bóng
¾ 2 tay xuôi dọc cơ thể tay nọ nắm cổ tay kia.
Chẩm gáy bệnh nhân sát phim cằm hơi ngửa
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với trục cột sống cổ và vào giữa phim theo chiều dọc .
Bóng tia x chiếu ngang so với phim.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ đốt sống cổ .
+ Thấy rõ đốt sống cổ và các khe khớp.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG THẮT LƯNG THẲNG

I. MỤC TIÊU:

-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.

-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.

II. NỘI DUNG:

1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.

Chuẩn bị máy X-Quang.

Dấu phải hoặc trái.

Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.

Nhập tên bệnh nhân vào máy.

2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.

Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.

-Áo chì.

-Liều kế cá nhân

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.

Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.

Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)

4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.

Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp, 2 tay xuôi dọc cơ thể.2 chân xuôi dọc cơ thể.

Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với trục cột sống thắt lưng và vào giữa phim theo chiều dọc .

Bóng tia x chiếu vuông góc với phim.tia trung tâm khu trú vào khe khớp L3-4.

Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.

Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.

Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.

Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.

5. KẾT THÚC

Thu dọn dụng cụ và in phim.

Đánh giá kết quả:

+ Lấy được toàn bộ cột sống thắt lưng từ D11-D12 đến cùng cụt.

+ Thấy rõ các khe khớp các đốt sống thắt lưng.

+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.

+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.

Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng trên bàn chụp, 2 tay ôm lên đầu, đầu gối gấp đùi vuông góc với thân.
Chỉnh mặt phẳng chính diện vuông góc với trục cột sống thắt lưng và vào giữa phim theo chiều dọc .
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.tia trung tâm khu trú vào điểm trên mào châu bên đối diện 3 khoát ngón tay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ đốt sống thắt lưng từ D11-D12 đến cùng cụt.
+ Thấy rõ các khe khớp các đốt sống thắt lưng.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP KHỚP VAI THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh đứng hoặc ngồi trước giá phim bệnh nhân quay mặt về phía bóng, tay bên không cần chụp xuôi dọc cơ thể, tay bên cần chụp dạng tối đa cánh tay vuông góc với ngực lòng bàn tay ngửa.
Chỉnh bệnh nhân đứng thẳng sao cho mặt sau vai sát phim .
Đặt dấu phải và trái
Bóng tia x chiếu ngang vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào khớp cùng đòn bên cần chụp.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5, KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khớp cùng đòn vai bên cần chụp vào giữa phim .
+ Khớp cùng đòn vai tách được khỏi bóng của đầu trên xương cánh tay.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP KHỚP VAI CHẾCH

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh đứng chếch trước giá phim bệnh nhân quay mặt về phía bóng, tay bên không chụp xuôi dọc cơ thể.tay bên cần chụp dạng tối đa cánh tay vuông góc với ngực lòng bàn tay ngửa.
Chỉnh bệnh nhân đứng chếch sao cho ngực tạo với giá phim 1 góc 60 độ .
Đặt dấu phải và trái.
Bóng tia x chiếu ngang vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào khớp cùng đòn bên cần chụp.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ khớp vai bên cần chụp .
+ Lấy được toàn bộ mỏm cùng vai và mỏm quạ.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP LỒNG NGỰC THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân đứng trước giá phim bệnh nhân quay mặt về phía giá phim, ngực bệnh nhân áp sát giá phim, 2 tay chống lên hông khuỷu tay gấp 2 vai và khuỷu tay áp sát giá phim.Mặt bệnh nhân ngửa tỳ lên giá phim.
Chỉnh cột sống lưng vào giữa phim theo chiều dọc .
Bóng tia x chiếu ngang vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào đốt sống D6.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Xương đòn được đẩy lên cao ra khỏi lồng ngực.
+ Thấy rõ đỉnh phổi thùy giữa và chân rãnh liên thùy.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT LỒNG NGỰC NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân đứng nghiêng toàn bộ trước giá phim. 2tay bắt chéo lên đầu đặt 2 cẳng tay lên đỉnh đầu đặt thành ngực bên cần chụp sát giá phim.cằm bênh nhân hơi ngửa.
Chỉnh mặt cột sống lưng vuông góc với giá phim
Bóng tia x chiếu ngang so với phim.
Tia trung tâm khu trú ở đốt sống D6.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được các cung sau xương sườn chồng lên nhau.
+ Các vòm hoành ở phía trước nằm ngang với cung trước xương sườn 6.
+ Hai vòm hoành rõ nết và đều.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CÁNH TAY THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bà chụp 2 chân duỗi thẳng 2 tay xuôi dọc cơ thể tay bên cần chụp dạng nhẹ lòn bàn tay ngửa mặt sau xương cánh tay sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Chỉnh vai –khuỷu tay-cổ tay bên cần chụp thành 1 đường thẳng chỉnh trục nối lồi cầu và ròng rọc song song với phim .
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương cánh tay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ xương cánh tay bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít nhất 1 khớp gần nơi tổn thương.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CÁNH TAY NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bà chụp 2 chân duỗi thẳng 2 tay xuôi dọc cơ thể tay bên cần chụp dạng nhẹ lòng bàn tay úp sấp mặt trong xương cánh tay sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Chỉnh trục nối lồi cầu và ròng rọc vuông góc với phim .
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương cánh tay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ xương cánh tay bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít nhất 1 khớp gần nơi tổn thương.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP KHỚP KHUỶU THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn tay bên cần chụp duỗi thẳng mặt sau khuỷu tay sát phim lòng bàn tay ngửa người ngả nhẹ về bên cần chụp để trục lồi cầu và ròng rọc song song với phim.
Chỉnh trục nối lồi cầu và ròng rọc vuông góc với phim .
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa nếp gấp khuỷu tay 1cm.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khe khớp khuỷu tay bên cần chụp vào giữa phim .
+ Hình chiếu của khuỷu tay trên mặt phẳngtrans ở trạng thái duỗi và ngửa.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CẲNG TAY THẲNG

I. MỤC TIÊU:

-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.

-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.

II. NỘI DUNG:

1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.

Chuẩn bị máy X-Quang.

Dấu phải hoặc trái.

Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.

Nhập tên bệnh nhân vào máy.

2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.

Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.

-Áo chì.

-Liều kế cá nhân

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.

Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.

Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)

4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.

Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn chụp tay bên cần chụp duỗi thẳng mặt sau cẳng tay sát phim và vào giữa phim theo chiều dọc lòng bàn tay ngửa.

Chỉnh trục nối 2 mỏm châm quay –trụ và trục lồi cầu -ròng rọc song song với giá phim.

Đặt dấu phải hoặc trái.

Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.

Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương cẳng tay.

Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.

Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.

Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.

Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.

5. KẾT THÚC

Thu dọn dụng cụ và in phim.

Đánh giá kết quả:

+ Lấy được toàn bộ 2 xương cẳng tay và 2 khớp .

+ Hai xương cẳng tay không bị chồng lên nhau.

+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.

+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.

Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CẲNG TAY NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn chụp tay bên cần chụp khuỷu tay gấp 90 độ dặt bờ trong cẳng tay sát phim bàn tay nghiêng vuông góc với bàn máy.
Chỉnh trục nối 2 mỏm trâm quay- trụ vuông góc với phim .
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương cẳng tay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ 2 xương và 2 khớp hoặc 1 khớp gần nơi tổn thương
+ Hai xương cẳng tay chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CỔ TAY THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn chụp tay bên cần chụp khuỷu gấp nhẹ cẳng tay và bàn tay úp sấp đặt cổ tay vào giữa phim.
Chỉnh trục nối 2 mỏm châm quay –trụ song song với giá phim.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa đường nối 2 mỏm trâm quay- trụ.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Khớp cổ tay vào giữa phim .
+ Đường nối 2 mỏm trâm quay- trụ làm thành 1 góc khoảng 80 độ.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CỔ TAY NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn chụp tay bên cần chụp khuỷu tay gấp nhẹ bàn tay nghiêng các ngón tay duỗi ngón I ở trên,đặt bờ trong cổ tay sát phim và khớp cổ tay vào giữa phim.
Chỉnh trục nối 2 mỏm châm quay –trụ vuông góc với giá phim.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào mỏm trâm quay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Khớp cổ tay bên cần chụp vào giữa phim .
+ Mặt khớp dưới xương quay nhìn xuống dưới và ra trước làm với trục xương quay 1 góc 80 độ.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN TAY THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hoặc ngồi trên ghế cạnh bàn chụp tay bên cần chụp khuỷu gấp nhẹ. Khuỷu tay và bàn tay úp sấp đặt lòng tay sát phim vào giữa phim, bàn tay duỗi nhẹ.
Chỉnh trục xương bàn ngón III vào giữa theo chiều dọc phim.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa đốt bàn ngón III.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ các xương bàn ngón tay ở tư thế thẳng riêng ngón I ở hướng chếch.
+ Trục xương bàn ngón III ở giữa phim.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP KHỚP HÁNG THẲNG HAI BÊN

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp, 2 chân duỗi thẳng, 2 bàn chân xoay nhẹ vào trong sao cho 2 gót cách nhau 20cm và 2 ngón cái chạm vào nhau, 2 tay xuôi dọc cơ thể
Chỉnh cột sống cùng cụt vào giữa phim theo chiều dọc .đường nối gai chậu trước trên song song với phim.
Đặt dấu phải và trái
Bóng tia x chiếu chếch lên đầu 1 góc 15-20 độ.tia trung tâm khu trú điểm nối liền giữ nếp gấp 2 nếp bẹn.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ khung chậu.
+ Thấy rõ các khe khớp các đốt sống cùng cụt.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP CỘT SỐNG KHỚP HÁNG NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp, chân bên cần chụp đầu gối gấp nửa chừng đùi dạng nhẹ và mặt ngoài đùi sát bàn máysát chân bên không cần chụp duỗi thẳng đưa hết sức ra phía sau. tay bên không cần chụp đưa về phía trước nắm lấy mép bàn, tay bên không cần chụp xuôi dọc cơ thể.
Chỉnh mặt phẳng ngang của cơ thể tạo với giá phim 1 góc 45-50 độ
Bóng tia x chiếu xuống vuông góc với phim
Tia trung tâm khu trú vào điểm nếp bẹn bên cần chụp.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khớp háng bên cần chụp.
+ Thấy rõ các khe khớp bên cần chụp cổ xương đùi ngắn lại chỏm xương đùi tròn.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG ĐÙI THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp 2 tay duỗi thẳng, bàn chân xoay nhẹ vào trong mặt sau xương đùi sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương đùi.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ xương đùi bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít nhất 1 khớp gần nơi tổn thương.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG ĐÙI NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng về bên cần chụp trên bàn chụp, chân bên cần chụp đầu gối gấp, đùi dạng nhẹ mặt ngoài đùi sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Chỉnh trục nối lồi cầu và ròng rọc vuông góc với phim .
Chân bên không cần chup chống lên mặt bàn và ngửa hết sức ra sau.
Tay bên cần chụp duỗi thẳng,tay bên không cần chụp nắm lấy mép bàn.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân xương đùi.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được 2/3 dưới xương đùi bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được khớp khớp gối.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP GỐI THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1, CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp 2 tay duỗi thẳng, chân bên cần chụp bàn chân xoay nhẹ vào trong mặt sau khớp gối sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa khe khớp gối.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khe khớp gối vào giữa phim .
+ Thấy rõ khe khớp gối sáng đều.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP GỐI NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng về bên cần chụp trên bàn chụp, đầu gối bên cần chụp gấp lại, đùi dạng nhẹ mặt ngoài đùi sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Chỉnh trục nối lồi cầu và ròng rọc vuông góc với phim .
Chân bên không cần chup chống lên mặt bàn và ngửa hết sức ra sau.
Tay bên cần chụp gối đầu,tay bên không cần chụp nắm lấy mép bàn.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa khe khớp gối.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khe khớp gối. bên cần chụp vào giữa phim
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CẲNG CHÂN THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên bàn chụp 2 tay duỗi thẳng, bàn chân xoay nhẹ vào trong mặt sau cẳng chân sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân 2 xương cẳng chân.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được toàn bộ xương cẳng chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít nhất 1 khớp gần nơi tổn thương.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG CẲNG CHÂN NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng oặc ngồi về bên cần chụp trên bàn chụp, chân bên cần chụp đưa nhẹ ra sau chân không cần chụp đưa về phía trước.mặt ngoài cẳng chân sát với mặt bàn và vào giữa phim.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa thân 2 xương cẳng chân.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được cẳng chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít 1 khớp nơi gần chỗ tổn thương. 2 xương không chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP CỔ CHÂN THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên bàn chụp, bàn chân bên cần chụpxoay nhẹ vào trong để xương đốt bàn IV vuông góc với phim
Chỉnh bờ sau xương gót sát phim vào giữa theo chiều dọc.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa đương nối 2 mắt cá.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được khe khớp cổ chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Khe khớp hình chữ U lộn ngược và liên tục.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG KHỚP CỔ CHÂN NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm hoặc ngồi trên bàn chụp, chân bên cần chụp nghiêng chân không cần chụp đưa về phía trước.
Chỉnh bờ ngoài xương gót sát phim
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm trên mắt cá trong 1 khoát ngón tay.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được cẳng chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Lấy được 2 khớp hoặc ít 1 khớp nơi gần chỗ tổn thương. 2 xương không chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN CHÂN THẲNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên bàn chụp, bàn chân bên cần chụp co nhẹ đặt diện bàn chân sát mặt bàn và vào giữa
Chỉnh trục xương đốt bàn II vào trung tâm phim theo chiều dọc.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên chếch về phía gót 15-20 độ.
Tia trung tâm khu trú vào điểm cách đầu ngoài xương đốt bàn II về pgias gót 2cm.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được các xương bàn chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Các xương bàn chân không chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP XƯƠNG BÀN CHÂN NGHIÊNG

I. MỤC TIÊU:
-Chuẩn bị được dụng cụ và bệnh nhân.
-Thao tác đúng quy trình kỹ thuật và đánh giá được phim chụp.
II. NỘI DUNG:
1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ.
Chuẩn bị máy X-Quang.
Dấu phải hoặc trái.
Phiếu chiếu chụp có chỉ định của bác sỹ.
Nhập tên bệnh nhân vào máy.
2. CHUẨN BỊ NHÂN VIÊN Y TẾ.
Kỹ thuật viên đầy đủ áo,mũ, khẩu trang.
-Áo chì.
-Liều kế cá nhân
3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN.
Mời bệnh nhân vào phòng chụp,giải thích cho bệnh nhân.
Hướng dẫn bệnh nhân bộc lộ vùng cần chụp tháo đồ trang sức (nếu có)
4. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT.
Hướng dẫn bệnh nhân nằm hoặc ngồi trên bàn chụp, chân bên cần chụp co lại đưa ra phía trước, chân không cần chụp đưa nhẹ ra sau.
+Tư thế nghiêng trong:
Chỉnh bờ trong bàn chân sát phim lòng bàn chân vuông góc với mặt bàn.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa xương đốt bàn V.
+Tư thế nghiêng ngoài.
Chỉnh bờ ngoài bàn chân sát phim.diện lòng bàn chân vuông góc với phim.
Đặt dấu phải hoặc trái.
Bóng tia x chiếu từ trên xuống vuông góc với phim.
Tia trung tâm khu trú vào điểm giữa xương đốt bàn I.
Căn dặn bệnh nhân giữ nguyên tư thế.
Khoảng cách bóng phim 1m.khu trú trùm tia x.
Kiểm tra các nút bấm trên tủ điều khiển.quan sát bệnh nhân qua kính.ấn nút phát tia x.
Mời bệnh nhân ra ngoài phòng đợi.
5. KẾT THÚC
Thu dọn dụng cụ và in phim.
Đánh giá kết quả:
+ Lấy được các xương bàn chân bên cần chụp vào giữa phim .
+ Các xương bàn chân chồng lên nhau.
+ Phim có độ nét tương phản. phim sạch không bị xước.
+ Có họ tên bệnh nhân, dấu P và T, ngày tháng năm chụp.
Trả phim, trả kết quả.

QUY TRÌNH CHỤP X QUANG RĂNG CẬN CHÓP

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp phim răng cận chóp hay chụp phim sau huyệt ổ răng là kỹ thuật chụp thông dụng và thiết yếu của chuyên khoa răng hàm mặt. Kỹ thuật này cho phép thăm khám một cách chi tiết và rõ nét nhất về hình thái và cấu trúc một răng cùng các cấu trúc lân cận nó (bao gồm tổ chức quanh răng và tổ chức quanh chóp). Dựa trên nguyên lý chung của chụp Xquang thường quy với hai nguyên tắc chụp thường được áp dụng là nguyên tắc song song và phân giác. Trong nguyên tắc song song thì mặt phẳng đi qua trục răng và mặt phẳng phim nằm song song với nhau, hướng tia trung tâm cùng vuông góc với hai mặt phẳng này. Nguyên tắc này đảm bảo hình thái và kích thước thật của răng cần chụp. Trong nguyên tắc phân giác thì mặt phẳng đi qua trục răng và mặt phẳng phim tạo thành một góc nhị diện, hướng tia trung tâm sẽ vuông góc với mặt phân giác của góc nhị diện này. Chụp phim cận chóp theo phương pháp này sẽ có nhiều sai số hơn so với kỹ thuật song song.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp X quang chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ

3. Người bệnh

Tháo bỏ vật dụng kim loại trên vùng đầu mặt cổ nếu có ảnh hưởng đến kỹ thuật

4. Phiếu xét nghiệm

Chỉ định chụp phim và đọc kết quả

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khởi động máy chụp

- Lựa chọn thông số phù hợp với răng cần chụp và lựa chọn kích cỡ phim phù hợp với người bệnh, kích thước phim thường dùng với người trưởng thành là 3,2x4,1cm.
- Nếu chụp theo nguyên tắc song song thì cần chuẩn bị dụng cụ giữ phim trong miệng người bệnh.

2. Hướng dẫn người bệnh ngồi vào ghế chụp

- Lưng thẳng, mặt phẳng cắn nằm song song với mặt sàn. Bảo người bệnh nuốt nước bọt.
- Đặt phim trong miệng người bệnh tại vị trí răng cần chụp (bằng dụng cụ giữ phim hoặc hướng dẫn người bệnh phối hợp giữ bằng ngón tay).

3. Đặt vị trí tia trung tâm

- Khu trú vào vị trí răng cần chụp.
- Hướng tia trung tâm: chếch lên hoặc chếch xuống so với mặt phẳng sàn cho từng nhóm răng như sau: nhóm răng cửa trên (+40 độ), nhóm răng nanh trên (+45 độ), nhóm răng hàm nhỏ trên (+30 độ), nhóm răng hàm lớn trên (+20 độ), nhóm răng hàm lớn dưới (-5 độ), nhóm răng hàm nhỏ dưới (-10 độ), nhóm răng nanh dưới (-20 độ), nhóm răng cửa dưới (-15 độ).

4. Thực hiện chụp

- Kỹ thuật viên vào buồng điều khiển, ấn và giữ nút phát tia để tiến hành chụp phim theo các thông số đã lựa chọn.
- Lấy phim trong miệng người bệnh và tiến hành rửa phim.

IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Phim chụp phải lấy được hình ảnh đầy đủ của răng cần chụp và tối thiểu hai răng kề bên.
- Hình ảnh răng chụp phải rõ nét và không biến dạng

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: không giữ bất động trong quá trình chụp phim, định vị hướng tia trung tâm không đúng làm hình ảnh răng chụp bị biến dạng hoặc không lấy được đầy đủ hình ảnh của răng cần chụp.

PHẦN 2: CẮT LỚP VI TÍNH

QUY TRÌNH CHỤP CLVT SỌ NÃO KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT sọ não không tiêm thuốc đối quang là một kỹ thuật hình ảnh tiên tiến, áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán bệnh lý thần kinh. CLVT dùng để thăm khám các bệnh lý nội sọ, xương sọ rất hiệu quả bao gồm các bệnh lý nội khoa cũng như ngoại khoa. CLVT không tiêm thuốc đối quang có khả năng đánh giá nhu mô não, các cấu trúc khác như xương sọ, hệ thống xoang cạnh mũi và phần mềm da đầu.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các trường hợp chấn thương sọ não nghi ngờ có tổn thương chảy máu nội sọ, dị vật, lún sọ…
- Nghi ngờ các bệnh lý nội sọ: U não trong trục cũng như ngoài trục
- Viêm não, áp xe não
- Dị dạng mạch máu não, thông động tĩnh mạch cảnh xoang hang...
- Dị dạng bẩm sinh: lạc chỗ chất xám, bệnh não chẻ..
- Động kinh
- Đột quỵ: Nhồi máu não, chảy máu não các giai đoạn (chảy máu nhu mô, chảy máu dưới nhện, chảy máu não thất…). Nhồi máu động mạch, nhồi máu tĩnh mạch
- Theo dõi sau điều trị, theo dõi tiến triển của máu tụ…

2. Chống chỉ định

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên (Chống chỉ định tương đối)
- Trong vùng thăm khám (sọ não) có nhiều kim loại gây nhiễu ảnh (chống chỉ định tương đối)
- Người bệnh có thai (chống chỉ định tương đối).

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh

- Người bệnh được nằm ngửa trên bàn chụp, đầu vào trước
- Di chuyển bàn chụp vào trong máy với định vị tia sáng cho vùng thăm khám.

2. Kỹ thuật chụp

- Chụp định vị
- đặt chương trình chụp sọ não theo hai trình trên lều và dưới lều (độ dày trên lều 7-8mm, dưới lều 2-3mm)
- Tiến hành cho phát tia và XỬ TRÍ hình ảnh thu được trên màn hình trạm làm việc, lựa chọn các ảnh cần thiết bộc lộ bệnh lý để in phim.

- Bác sỹ đọc tổn thương, mô tả trên máy tính kết nối nội bộ và in kết quả.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Các lớp cắt cân xứng
- Độ tương phản hình ảnh tốt, phù hợp: phân biệt được chất trắng, chất xám
- Hiển thị được các thay đổi bất thường về tỷ trọng, hình thái của não, màng não, xương, xoang và phần mềm

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TR

- Sợ hãi, kích động: động viên, an ủi người bệnh
- Quá lo lắng, sợ hãi: có thể cho thuốc an thần với sự theo dõi của bác sỹ gây mê.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT SỌ NÃO CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT sọ não có tiêm thuốc đối quang là một kỹ thuật hình ảnh tiên tiến, áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán bệnh lý thần kinh. CLVT thăm khám các bệnh lý nội sọ, xương sọ rất hiệu quả, đánh giá mức độ tăng sinh mạch của các khối u, góp phần phân bậc của khối u, đánh giá mức độ ngấm thuốc của các tổn thương u, viêm nhiễm nhu mô não, màng não.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các bệnh lý nội sọ: U não trong trục và ngoài trục
- Viêm não màng não, áp xe não
- Dị dạng mạch máu não đã phát hiện hoặc nghi ngờ trên phim chụp không tiêm thuốc
- Tụ máu dưới màng cứng đồng tỷ trọng nhu mô não, không rõ ràng về ranh giới, vị trí màng não…
- Theo dõi sau điều trị.

2. Chống chỉ định

- Trong vùng thăm khám (sọ não) có nhiều kim loại gây nhiễu ảnh (chống chỉ định tương đối)
- Tiền sử dị ứng (chống chỉ định tương đối), nhất là với thuốc đối quang.
- Người bệnh có thai (chống chỉ định tương đối).

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Kim tiêm luồn 18-21G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh

- Người bệnh được nằm ngửa trên bàn chụp
- Di chuyển bàn chụp vào trong máy với định vị tia sáng cho vùng thăm khám.

2. Kỹ thuật

- Chụp định vị
- Đặt chương trình chụp sọ não theo hai trình trên lều và dưới lều (độ dày trên lều 7-8mm, dưới lều 2-3mm). Xem xét tổn thương để quyết định tiêm thuốc.
- Đặt trường chụp bao trùm toàn bộ nhu mô não.
- Tiến hành tiêm thuốc đối quang tĩnh mạch bằng tay hoặc bằng máy, liều lượng thông thường 1-1.5ml/kg cân nặng.
- Tiến hành cho phát tia X và XỬ TRÍ hình ảnh thu được trên màn hình trạm làm việc, lựa chọn các ảnh cần thiết bộc lộ bệnh lý để in phim.
- Bác sỹ đọc tổn thương, mô tả trên máy tính kết nối nội bộ và in kết quả.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Các lớp cắt cân xứng
- Độ tương phản hình ảnh tốt, phù hợp: phân biệt được chất trắng, chất xám
- Hiển thị được các thay đổi bất thường về tỷ trọng, hình thái của não, màng não, xương, xoang và phần mềm trước và sau tiêm thuốc đối quang

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sợ hãi, kích động: động viên, an ủi người bệnh
- Xử trí tai biến thuốc đối quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT LỒNG NGỰC KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật thu ảnh lồng ngực bằng máy chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán bệnh lý phổi, trung thất, thành ngực…

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Các tổn thương thành ngực, phổi, trung thất, tim…

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Một số chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai, đặc biệt trong ba tháng đầu. Khi phải chụp có thể sử dụng áo chì che vùng bụng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm ngửa, hai tay giơ cao qua đầu, hướng dẫn người bệnh hít vào, nín thở nhiều lần với mức độ giống nhau để có được đúng các lớp cắt liên tiếp
- Chụp định vị (scout view) lấy toàn bộ lồng ngực từ nền cổ đến hết cơ hoành.
- Chụp các lớp cắt liên tiếp, xoắn ốc từ đỉnh phổi đến hết góc sườn hoành, độ dày lớp cắt tùy thuộc vào kích thước tổn thương, từ 3-10mm. Trong trường hợp ung thư phế quản phổi cần cắt hết đến tuyến thượng thận để tìm di căn
- FOV: tùy thuộc vào kích thước, độ dày của người bệnh, 32-40
- Đặt cửa sổ trung thất: WL = 35, WW = 400
- Đặt cửa sổ nhu mô: WL = - 600 đến - 800, WW = 1200
- In phim hoặc chuyển ảnh sang trạm làm việc (trạm làm việc) của bác sỹ

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Kỹ thuật thăm khám này không có tai biến

QUY TRÌNH CHỤP CLVT LỒNG NGỰC CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật thu ảnh lồng ngực bằng máy chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán bệnh lý phổi, trung thất, thành ngực…

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Các tổn thương thành ngực, phổi, trung thất, tim…

2. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: có tiền sử dị ứng với thuốc đối quang i-ốt.
- Tương đối: hen phế quản, cơ địa dị ứng thuốc hoặc với các kháng nguyên khác, có bệnh lý thận, gây tăng mức độ nặng của bệnh lý thận như suy thận, phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá 100ml.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm ngửa, hai tay giơ cao qua đầu, hướng dẫn người bệnh hít vào, nín thở nhiều lần với mức độ giống nhau để có được đúng các lớp cắt liên tiếp
- Đặt đường tiêm truyền bằng kim cỡ 20G, 18G, đảm bảo tĩnh mạch đủ lớn để chịu được áp lực cao và tốc độ tiêm nhanh, lắp vào máy bơm thuốc đối quang i-ốt.
- Chụp định vị (scout view) lấy toàn bộ lồng ngực từ nền cổ đến hết cơ hoành.
- Chụp các lớp cắt liên tiếp, xoắn ốc trước khi tiêm thuốc đối quang i-ốt từ đỉnh phổi đến hết góc sườn hoành, độ dày lớp cắt tùy thuộc vào kích thước tổn thương, từ 3-10mm.

- Chụp các lớp cắt liên tiếp lặp lại toàn bộ trường phổi sau tiêm thuốc đối quang i-ốt với liều lượng 1,5 - 2ml/kg cân nặng, tốc độ tiêm 3-5ml/s, bắt đầu chụp ở thời điểm 30’ sau khi tiêm thuốc đối quang i-ốt.
- Trong trường hợp khi phế quản phổi cần cắt hết đến tuyến thượng thận để tìm di căn
- FOV: tùy thuộc vào kích thước, độ dày của người bệnh, 32-40
- Đặt cửa sổ trung thất: WL = 35, WW = 400
- Đặt cửa sổ nhu mô: WL = - 600 đến - 800, WW = 1200
- In phim hoặc chuyển ảnh sang trạm làm việc (trạm làm việc) của bác sỹ

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thoát thuốc ra ngoài lòng mạch: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.
- Buồn nôn, nôn: đặt người bệnh nằm nghiêng tránh sặc, trào ngược vào đường hô hấp
- Dị ứng, nổi mẩn: tiêm thuốc chống dị ứng, solumedrol 40mg, 1 - 2 lọ tiêm tĩnh mạch
- Sốc phản vệ: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang

QUY TRÌNH CHỤP CLVT TIỂU KHUNG THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT thường quy tiểu khung là quá trình thăm khám các tạng trong tiểu khung bao gồm: tử cung, buồng trứng, bàng quang-tiền liệt tuyến, các khối áp xe vùng tiểu khung, các khối u của khoang dưới phúc mạc… trên hệ thống máy ít dãy đầu thu. Với các tạng vùng tiểu khung và đáy chậu như tổn thương của tử cung-cổ tử cung, tổn thương tiền liệt tuyến, các tổn thương ở sàn đáy chậu… thì thăm khám CLVT có mục đích làm tổng kê.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các khối u tử cung, buồng trứng
- Các bệnh lý viêm, áp xe phần phụ
- U bàng quang, tiền liệt tuyến
- Các tổn thương viêm, áp xe trong tiểu khung: viêm ruột thừa, viêm túi thừa đại tràng…
- Các khối u khoang dưới phúc mạc
- Các trường hợp rò bàng quang-âm đạo, trực tràng-âm đạo…

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với nhưng trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc cản quanh nói riêng và các thuốc khác nói chung

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, máy in phim, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá 100ml.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

- Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật thăm khám

- Đặt người bệnh năm ngửa, hai tay giơ lên đầu để tránh nhiễu ảnh
- Tháo bỏ dị vật băng kim loại, bộc lộ vùng thăm khám
- Hướng dẫn người bệnh nhịn thở để tránh các nhiễu ảnh do di động khi thở,
- Chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch với các lớp cắt ngang vùng tiểu; bề dày lớp cắt 5-8 mm. Thực hiện các lớp cắt mỏng 3 mm với các tổn thương nhỏ
- Thuốc đối quang i-ốt được dùng là loại tan trong nước với liều 1.5-2 ml/kg cân nặng
- Kỹ thuật tiêm thuốc đối quang i-ốt: tiêm nhanh, tốc độ tiêm tối thiểu 3ml/giây. Tốt nhất là sử dụng máy bơm thuốc để có thể kiểm soát chính xác các thì động mạch và tĩnh mạch sau tiêm
- Thay đổi trường nhìn (FOV) tùy theo độ lớn của mỗi cá thể cho phù hợp
- Thay đổi độ rộng của cửa sổ để đánh giá được toàn bộ mô mềm, khí, mỡ và xương.

2. Tiến trình thăm khám

- Chụp các lớp cắt không tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng vùng nghi ngờ tổn thương để đánh giá xem tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc đẻ đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều
- Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đàu tiêm thuốc: đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương tạng…
- Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ lúc bắt đàu tiêm thuốc: đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đụng dập hoặc đường vỡ trong các tạng trong bệnh cảnh chấn thương; đánh giá tốt tình trạng bắt thuốc của thành ống tiêu hóa, thành của các ổ áp xe
- Các lớp cắt ở thì muộn được thược hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch…Với những trường hợp có nghi ngờ đường rò liên quan đến đường bài xuất thấp thì phải thăm khám ở thì rất muộn, khi bàng quang căng chứa đẩy nước tiểu đối quang i-ốt

V. NHẬN ĐỊNHKẾT QUẢ

- Đánh giá sơ bộ xem kỹ thuật thực hiện có đúng các thì động mạch, tĩnh mạch, thì muộn
- Số lượng thuốc đối quang i-ốt sử dụng có phù hợp
- Các ảnh thu được có đảm bảo chất lượng cho chẩn đoán: hình nhiễu ảnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đánh giá xem quá trình tiêm thuốc có đúng kỹ thuật; có bị vỡ thành mạch, thoát thuốc ra ngoài lòng mạch hay không
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo ảnh cột sống thắt lưng với máy chụp CLVT đánh giá các tổn thương của xương, đĩa đệm, ống sống và các thành phần lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Bệnh lý chấn thương, các khối u, viêm của xương và phần mềm cột sống thắt lưng

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- đặt người bệnh trong khung máy, nằm ngửa, vai hạ thấp tối đa, hai tay đưa lên cao theo trục cơ thể.
- Nhịn thở và không nuốt trong quá trình thăm khám.

2. Tiến hành kỹ thuật

- Chụp định khu toàn bộ cột sống ngực ở hướng đứng dọc
- Lấy hình định vị theo hướng đứng dọc (sagital) bắt đầu từ bờ trên D12 tới hết S1.
- Đặt chương trình chụp tùy theo yêu cầu lâm sàng. Có thể sử dụng các lớp cắt theo hướng các đĩa đệm để đánh giá bệnh lý thoát vị đĩa đệm hoặc chụp toàn bộ cột sống ngực, dùng các phần mềm cho phép XỬ TRÍ ảnh sau chụp.
- Chọn ảnh chụp phim trên các cửa sổ xương, cửa sổ đĩa đệm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá các tổn thương thân đốt như: vỡ thân đốt, xẹp thân đốt, trượt thân đốt, đặc biệt là hình ảnh di lệch tổn thương tường sau thân đốt (vì nguy cơ chèn ép tủy và rễ tủy rất cao), các tổn thương cung sau, máu tụ do chấn thương và nhất là các dấu hiệu thoát vị đĩa đệm, những tổn thương phần mềm rãnh sống, vị trí các dị vật đối quang i-ốt.
- Các tổn thương trong bệnh lý thoái hóa đốt sống như: thoái hóa khối khớp bên, thoái hóa dây chằng, trượt đốt sống do thoái hóa, hẹp ống sống.
- Đánh giá các bất thường bẩm sinh cột sống.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không có tai biến kỹ thuật
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐỘNG MẠCH VÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành là sử dụng máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc đối quang i-ốt để làm hiện hình hệ thống động mạch vành, cấu trúc buồng tim và van tim trên hình ảnh cắt lớp. Do động mạch vành có kích thước nhỏ và co bóp liên tục của tim, chuyển động của hô hấp vì vậy để đánh giá tốt hệ thống động mạch vành cần được chụp ở hệ thống máy có độ phân giải không gian và thời gian cao, hiện tại trên thế giới cũng như ở Việt Nam để chụp cắt lớp vi tính động mạch vành thường sử dụng hệ thống máy 64 dãy đầu dò hoặc cao hơn (128, 256, 320 dãy,...)

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Đau ngực không điển hình.
- Nghi ngờ có bệnh lý mạch vành khi đã có các kết quả xét nghiệm khác như: thử nghiệm gắng sức, siêu âm..
- Có các yếu tố nguy cơ bệnh lý tim mạch như tăng mỡ máu, đái tháo đường, hút thuốc lá, tăng huyết áp..
- Sau phẫu thuật cầu nối xác định cầu nối.
- Xác định các bất thường giải phẫu hệ mạch vành.
- Xác định các trường hợp đau ngực không điển hình ở người bệnh có đặt stent hoặc làm cầu nối trước đó
- Xác định một số bệnh lý cơ tim (như bệnh cơ tim phì đại..), van tim chủ yếu là van động mạch chủ và van hai lá.

2. Chống chỉ định

- Không hợp tác
- Dị ứng thuốc đối quang i-ốt, tiền sử hen phế quản.
- Suy thận, phụ nữ có thai
- Nhịp tim không đều, rung nhĩ
- Vật liệu kim loại

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT đa dãy chuyên dụng (từ 64 dãy trở lên)
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có.
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Khống chế tốt nhịp tim: nhịp tim tốt khi < 70 lần/phút, tối ưu khi < 60 lần/phút (đối với máy CLVT thế hệ mới sau 64 dãy có thể không cần hạ nhịp tim).
- Sử dụng thuốc giảm nhịp tim: beta blocker (oral atenolol, meprolol) 1-2 giờ trước chụp. Nếu có chống chỉ định beta blocker: sử dụng thuốc chẹn kênh calci
- Khống chế các trường hợp có ngoại tâm thu, loạn nhịp tim.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch: đường truyền đủ lớn, kim 18G, đặt ở tĩnh mạch lớn tốt nhất ở tĩnh mạch cẳng tay. Lưu kim ít nhất 15 phút sau tiêm.

5. Phiếu xét nghiệm

- Có phiếu chỉ định chụp CLVT
- Hồ sơ bệnh án hoặc các giấy tờ chỉ định, xét nghiệm có liên quan đến bệnh lý

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa
- Đặt đường truyền tĩnh mạch đủ lớn (18G) và nối với bơm tiêm điện
- Lắp cổng điện tâm đồ (ECG).
- Kiểm tra nhịp tim trên màn hình tại máy chụp.

2. Chụp định vị

- Chụp động mạch vành thông thường: chụp từ chạc ba khí phế quản tới hết đáy tim.
- Chụp mạch vành với cầu nối (bypass graft): trường chụp từ đỉnh phổi tới hết đáy tim.

3. Chụp trước tiêm thuốc và tính điểm vôi hóa

- Tiêm thuốc đối quang i-ốt sử dụng kỹ thuật "Test bolus" hoặc "bolus tracking" mục đích để xác định thời điểm thuốc đạt nồng độ cao nhất tại gốc ĐM chủ
- Lượng thuốc đối quang i-ốt thường sử dụng từ 70-100 ml (tùy thuộc vào loại thuốc đối quang i-ốt: hàm lượng iod và chỉ số BMI của người bệnh). Tốc độ tiêm: 4-5ml/giây. Phối hợp với dùng nước muối sinh lý để giảm bớt tổng liều thuốc, ngấm thuốc mạch máu tốt hơn và giảm bớt nhiễu ảnh từ tim phải.
- Độ dày lớp cắt tùy thuộc theo từng loại máy (16, 32, 64 dãy...) và từng hãng máy.
- Tái tạo hình ảnh: thường tái tạo độ dày 0,75/0,4mm, có thể tái tạo 0,6/0,3mm tuy nhiên càng mỏng ảnh càng nhiễu. Thường tái tạo ở khoảng 65-70% của chu chuyển tim (khoảng R-R) đối với các trường hợp nhịp tim thấp. Xử lý hình ảnh tại trạm làm việc (trạm làm việc) trên các chương trình tái tạo đa bình diện (3D MPR), tái tạo theo tỷ trọng tối đa (MIP) và tái tạo theo thể tích (VRT)...

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Hình ảnh hiển thị được rõ các cấu trúc giải phẫu trong vùng thăm khám
- Phát hiện được tổn thương nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phản ứng phụ với thuốc hạ nhịp tim: có thể gây tụt huyết áp. Xử trí cần cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại chỗ, bù dịch. Nếu huyết áp vẫn không lên vận chuyển người bệnh sang chuyên khoa cấp cứu tiếp tục xử trí theo phác đồ.
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM MẶT CÓ DỰNG HÌNH 3D

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Chỉ định: thăm khám các bệnh lý vùng hàm hàm mặt

- Chấn thương
- Viêm, nhiễm trùng
- Tổn thương u

2. Chống chỉ định

- Có tính chất tương đối. Nếu được có thể thay thế bằng cộng hưởng từ.
- Phụ nữ có thai, đặc biệt trong ba tháng đầu. Khi phải chụp có thể sử dụng áo chì che vùng bụng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT từ 4 dãy trở lên
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

- Có phiếu chỉ định chụp CLVT

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chụp theo hai hướng cắt ngang, tái tạo hình ảnh 3D dựa trên ảnh gốc

1. Hướng cắt ngang.

- Người bệnh nằm ngửa
- Thực hiện chụp định vị
- Mặt phẳng cắt song song với khẩu cái cứng
- Từ bờ dưới xương hàm dưới tới bờ trên ổ mắt
- Độ dày lớp cắt ≤ 3mm.
- Chụp xoắn ốc
- Tái tạo lại với nhiều ảnh liên tục, từ đó tái tạo hình ảnh 3D.

2. Chụp tiêm thuốc đối quang i-ốt

Tùy theo chỉ định các trường hợp lâm sàng cụ thể

3. In phim, ghi đĩa

- In phim theo cả hai hướng cắt ngang, tái tạo đứng ngang và tái tạo 3D theo cả cửa sổ xương và cửa sổ phần mềm.
- Ghi đĩa nếu có

IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Mô tả tổn thương: Vị trí tổn thương, cấu trúc tổn thương, kích thước, sự lan rộng của tổn thương…
- Đối chiếu hình ảnh cắt lớp vi tính và lâm sàng
- Đưa ra các định hướng chẩn đoán nếu có thể. Đồng thời có thể đề nghị đưa ra các thăm khám khác phối hợp.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trẻ em có thể không hợp tác trong quá trình chụp: khóc, cử động. Có thể chụp lúc ngủ, dùng thuốc an thần hoặc gây mê tùy trường hợp
- Trong nhiều trường hợp người bệnh không thể ngửa được để chụp lớp cắt đứng ngang, có thể tái tạo từ hướng cắt ngang, trong trường hợp này thì nên chụp cắt ngang mỏng nhất có thể để tái tạo được hình ảnh tốt nhất.
- Tai biến liên quan thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM-MẶT KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT vùng hàm mặt để thăm khám các bệnh lý vùng hàm mặt, vùng mũi xoang, họng; bổ sung cho các kỹ thuật X quang thông thường.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Chấn thương
- Viêm, nhiễm trùng
- Tổn thương u

2. Chống chỉ định

- Có tính chất tương đối. Nếu được có thể thay thế bằng cộng hưởng từ.
- Phụ nữ có thai, đặc biệt trong ba tháng đầu (phương tiện che chắn).
- Trẻ nhỏ

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chụp theo hai hướng cắt ngang và đứng ngang. Đối với các máy cắt lớp vi tính đa dãy (từ 16 dãy trở lên) có thể chỉ cần thực hiện hướng cắt cắt ngang và tái tạo lại theo hướng đứng ngang và các hướng khác mà vẫn đảm bảo được chất lượng hình ảnh giống như chất lượng hình ảnh cắt ngang.

1. Hướng cắt ngang.

- Người bệnh nằm ngửa
- Thực hiện chụp định vị
- Mặt phẳng cắt song song với khẩu cái cứng
- Từ nền sọ tới xương móng
- Độ dày lớp cắt ≤ 3mm.
- Bước nhảy bằng với độ dày lớp cắt, nên cắt xoắn ốc.

2. Hướng cắt đứng ngang

- Người bệnh nằm ngửa đầu ngửa tối đa hoặc nằm sấp đầu ngửa tối đa
- Thực hiện chụp định vị
- Mặt phẳng cắt vuông góc với mặt phẳng cắt ngang
- Từ chóp mũi cho tới gai sau cột sống cổ
- Độ dày lớp cắt ≤ 3mm.
- Bước nhảy bằng với độ dày lớp cắt, nên cắt xoắn ốc.

3. In phim

In phim theo cả hai hướng cắt ngang và đứng ngang, theo cả cửa sổ xương và cửa sổ phần mềm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Mô tả tổn thương: Vị trí tổn thương, cấu trúc tổn thương, kích thước, sự lan rộng của tổn thương…
- Đối chiếu hình ảnh cắt lớp vi tính và lâm sàng
- Đưa ra các định hướng chẩn đoán. Đồng thời có thể đề nghị các thăm khám khác phối hợp.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trẻ em có thể không hợp tác trong quá trình chụp: khóc, cử động. Có thể chụp lúc ngủ, dùng thuốc an thần hoặc gây mê tùy trường hợp
- Trong nhiều trường hợp người bệnh không thể ngửa được để chụp lớp cắt đứng ngang, có thể tái tạo từ hướng cắt ngang, trong trường hợp này thì nên chụp cắt ngang xoắn ốc lớp mỏng nhất có thể, để tái tạo được hình ảnh tốt nhất.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT TẦNG TRÊN Ổ BỤNG THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT thường quy tầng trên ổ bụng là quá trình thăm khám các tạng của tầng trên ổ bụng bao gồm: gan-mật, tụy, lách, dạ dày, tá tràng …. Việc phân chia vùng giải phẫu tầng trên ổ bụng trong chụp CLVT chỉ có tính chất tương đối vì trên thực tế lâm sàng thì dù thăm khám trên hệ thống máy nào: đơn dãy hay đa dãy đầu thu; trong bất kỳ hoàn cảnh nào: cấp cứu hay có chuẩn bị thì đều nên thăm khám một cách hệ thống từ vòm hoành đến khớp mu

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Gan: bệnh cảnh u gan, viêm hoặc áp xe gan, bệnh cảnh chấn thương gan
- Đường mật-túi mật: sỏi đường mật-túi mật; u đường mật-túi mật
- Tụy: viêm tụy cấp-mạn; các khối u tụy
- Lách: u, chấn thương
- Dạ dày-tá tràng: xuất huyết tiêu hóa cao, bệnh cảnh chấn thương; u
- Các khối u mạc treo, các ổ áp xe dưới hoành …

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với nhưng trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc cản quanh nói riêng và các thuốc khác nói chung
- Cân nhắc chỉ định với những người bệnh đang có thai ở những tuần đầu

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật thăm khám

- Đặt người bệnh năm ngửa, hai tay giơ lên đầu để tránh nhiễu ảnh
- Tháo bỏ dị vật băng kim loại, bộc lộ vùng thăm khám
- Hướng dẫn người bệnh nhịn thở để tránh các nhiễu ảnh do di động khi thở,
- Chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch với các lớp cắt ngang ở tầng trên ổ bụng; bề dày lớp cắt 5-8 mm
- Thuốc đối quang i-ốt được dùng là loại tan trong nước, với liều từ 1.5-2 ml/kg cân nặng.
- Kỹ thuật tiêm thuốc đối quang i-ốt: tiêm nhanh, tốc độ tiêm tối thiểu 3ml/giây, Nếu bơm máy nên để tốc độ tiêm đạt 4-5 ml/giây. Tốt nhất là sử dụng máy bơm thuốc để có thể kiểm soát chính xác các thì động mạch và tĩnh mạch sau tiêm
- Thay đổi trường nhìn (FOV) tùy theo độ lớn của mỗi cá thể cho phù hợp
- Thay đổi độ rộng của cửa sổ để đánh giá được toàn bộ mô mềm, khí, mỡ và xương.

2. tiến trình thăm khám

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng vùng nghi ngờ tổn thương để đánh giá xem tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc đẻ đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều
- Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng rối loạn tưới máu trong nhu mô các tạng đặc; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương tạng…
- Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đụng dập hoặc đường vỡ trong các tạng trong bệnh cảnh chấn thương
- Các lớp cắt ở thì muộn được thực hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch…

V. NHẬN ĐỊNHKẾT QUẢ

- Đánh giá sơ bộ xem kỹ thuật thực hiện có đúng các thì động mạch, tĩnh mạch
- Số lượng thuốc đối quang i-ốt sử dụng có phù hợp
- Các ảnh thu được có đảm bảo chất lượng cho chẩn đoán: hình nhiễu ảnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT TẦNG TRÊN Ổ BỤNG THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT thường quy tầng trên ổ bụng là quá trình thăm khám các tạng của tầng trên ổ bụng bao gồm: gan-mật, tụy, lách, dạ dày, tá tràng …. Việc phân chia vùng giải phẫu tầng trên ổ bụng trong chụp CLVT chỉ có tính chất tương đối vì trên thực tế lâm sàng thì dù thăm khám trên hệ thống máy nào: đơn dãy hay đa dãy đầu thu; trong bất kỳ hoàn cảnh nào: cấp cứu hay có chuẩn bị thì đều nên thăm khám một cách hệ thống từ vòm hoành đến khớp mu

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Gan: bệnh cảnh u gan, viêm hoặc áp xe gan, bệnh cảnh chấn thương gan
- Đường mật-túi mật: sỏi đường mật-túi mật; u đường mật-túi mật
- Tụy: viêm tụy cấp-mạn; các khối u tụy
- Lách: u, chấn thương
- Dạ dày-tá tràng: xuất huyết tiêu hóa cao, bệnh cảnh chấn thương; u
- Các khối u mạc treo, các ổ áp xe dưới hoành …

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với nhưng trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc cản quanh nói riêng và các thuốc khác nói chung
- Cân nhắc chỉ định với những người bệnh đang có thai ở những tuần đầu

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật thăm khám

- Đặt người bệnh năm ngửa, hai tay giơ lên đầu để tránh nhiễu ảnh
- Tháo bỏ dị vật băng kim loại, bộc lộ vùng thăm khám
- Hướng dẫn người bệnh nhịn thở để tránh các nhiễu ảnh do di động khi thở,
- Chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch với các lớp cắt ngang ở tầng trên ổ bụng; bề dày lớp cắt 5-8 mm
- Thuốc đối quang i-ốt được dùng là loại tan trong nước, với liều từ 1.5-2 ml/kg cân nặng.
- Kỹ thuật tiêm thuốc đối quang i-ốt: tiêm nhanh, tốc độ tiêm tối thiểu 3ml/giây, Nếu bơm máy nên để tốc độ tiêm đạt 4-5 ml/giây. Tốt nhất là sử dụng máy bơm thuốc để có thể kiểm soát chính xác các thì động mạch và tĩnh mạch sau tiêm
- Thay đổi trường nhìn (FOV) tùy theo độ lớn của mỗi cá thể cho phù hợp
- Thay đổi độ rộng của cửa sổ để đánh giá được toàn bộ mô mềm, khí, mỡ và xương.

2. tiến trình thăm khám

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng vùng nghi ngờ tổn thương để đánh giá xem tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc đẻ đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều
- Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng rối loạn tưới máu trong nhu mô các tạng đặc; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương tạng…
- Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đụng dập hoặc đường vỡ trong các tạng trong bệnh cảnh chấn thương
- Các lớp cắt ở thì muộn được thực hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch…

V. NHẬN ĐỊNHKẾT QUẢ

- Đánh giá sơ bộ xem kỹ thuật thực hiện có đúng các thì động mạch, tĩnh mạch
- Số lượng thuốc đối quang i-ốt sử dụng có phù hợp
- Các ảnh thu được có đảm bảo chất lượng cho chẩn đoán: hình nhiễu ảnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT HỆ TIẾT NIỆU KHẢO SÁT MẠCH THẬN VÀ DỰNG ĐƯỜNG BÀI XUẤT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT hệ tiết niệu khảo sát mạch thận và dựng hình đường bài xuất nhằm đánh giá tổng quan về cấu trúc và hình thái của thận, niệu quản, bàng quang và hệ thống động - tĩnh mạch thận.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Bất thường hệ tiết niệu
- Viêm nhiễm hệ tiết niệu (viêm thận bể thận, áp xe…)
- U thận, bệnh lý mạch thận
- Sỏi tiết niệu (sỏi thận, sỏi niệu quản..), thận ứ nước..
- Đau quặn thận

2. Chống chỉ định

Xem xét chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt trong trường hợp suy thận, dị ứng với thuốc đối quang i-ốt, phụ nữ có thai…

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá 100ml.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp nhịn thở khi chụp.

- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch
- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)

2. Tiến hành kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngữa trên bàn chụp, tay để trên đầu.
- Tiêm 90-120ml thuốc đối quang i-ốt tốc độ 3ml/s bằng bơm tiêm điện.
- Cách thức chụp
- Chụp định vị: từ vòm hoành đến xương mu)
- Thì trước tiêm: không tiêm thuốc đối quang i-ốt (lấy toàn bộ đường tiết niệu)
- Thì động mạch: sau tiêm 20s (tập trung vùng thận) để thấy thì vỏ thận
- Thì nhu mô: sau tiêm 60s (tập trung vùng thận) để thấy thì nhu mô
- Thì chụp muộn: sau tiêm 5-7 phút (lấy toàn bộ đường tiết niệu), có thể muộn hơn tùy thuộc vào chức năng thận.
- Thông số chụp:
- Độ dày lớp cắt 3-5mm và cắt xoắn ốc
- Khoảng cách lớp cắt bằng độ dày lớp cắt
- Tái tạo:
- Đầu - chân; các lát cắt mỏng < 1mm, theo mặt phẳng đứng ngang
- Cửa sổ bụng: WL = +50, WW= 400
- Tái tạo hình ảnh động mạch thận và đường bài xuất theo phần mềm MPR, MIP, VR,

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Hình ảnh hiển thị được rõ các cấu trúc giải phẫu hệ tiết niệu
- Phát hiện được tổn thương nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐẠI TRÀNG CÓ NỘI SOI ẢO

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT đại tràng có nội soi ảo là kỹ thuật dựng hình và nội soi ảo khung đại tràng trên máy chụp CLVT. Kỹ thuật này được thực hiện bằng cách bơm hơi làm giãn khung đại tràng, sau đó chụp CLVT toàn bộ khung đại tràng trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Thăm khám đại tràng đoạn gần khi mà nội soi không thể thăm khám được do vướng u, hẹp, gập góc…
- Người bệnh có chống chỉ định với nội soi đại tràng: suy hô hấp, điều trị chống đông máu, dị ứng với thuốc trong nội soi…

2. Chống chỉ định

Xem xét chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt trong trường hợp suy thận, dị ứng với thuốc đối quang i-ốt, phụ nữ có thai…

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Ngày trước khi tiến hành chụp người bệnh ăn ít chất xơ, ăn thức ăn loãng
- Uống thuốc tẩy ruột
- Uống nhiều nước
- Nhịn ăn trước khi chụp
- Không uống các chất như sữa, bia, rượu

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp.

- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch
- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)
- Tham khảo các kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó (nếu có)

2. Tiến hành kỹ thuật

- Đặt người bệnh lên bàn chụp
- Làm căng đại tràng bằng bơm hơi qua ống thông đặt qua đường hậu môn, bơm hơi đến khi người bệnh có thể chịu đựng được.
- Chụp định vị ổ bụng tư thế nằm ngữa để đánh giá xem đại tràng đã đủ căng chưa
- Nếu chưa căng có thể tiếp tục bơm hơi đến khi thấy đủ căng
- Chụp các lát cắt từ vòm hoành đến phần trực tràng thấp
- Có thể kết hợp với tiêm thuốc đối quang i-ốt đường tĩnh mạch.
- Sau đó đặt người bệnh nằm sấp, tiếp tục bơm hơi vào đại tràng
- Chụp lại định vị nằm sấp để đánh giá mức độ căng của đại tràng
- Chụp lại các lát cắt lấy toàn bộ khung đại tràng ở tư thế nằm sấp.
- Yêu cầu kỹ thuật:
- Máy chụp từ 8 dãy trở lên.
- Độ dày lát cắt từ 2,5mm, bước nhảy 0.2-0.5%, 120 kV, 80-100 mAs. Tái tạo các lát cắt dày 0,6.-1mm.
- Chuyển toàn bộ dữ liệu từ máy chụp sang máy tính XỬ TRÍ hình ảnh

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

Xem xét hình ảnh trên các lát cắt ngang 2D bổ sung bằng các hình ảnh tái tạo nội soi ảo 3D, trên các ảnh chụp nằm sấp và nằm ngữa.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy: do uống nhiều nước. Chỉ cần điều trị nội khoa
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG NGỰC KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo ảnh cột sống ngực với máy chụp CLVT đánh giá các tổn thương của xương, đĩa đệm, ống sống và các thành phần lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Bệnh lý chấn thương, các khối u, viêm của xương và phần mềm cột sống ngực

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT, tốt nhất là máy đa dãy với 8 dãy trở lên.
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Đặt người bệnh trong khung máy, nằm ngửa, vai hạ thấp tối đa, hai tay đưa lên cao theo trục cơ thể.
- Nhịn thở và không nuốt trong quá trình thăm khám.

2. Tiến hành kỹ thuật

- Chụp định khu toàn bộ cột sống ngực ở hai bình diện, bắt đầu từ bờ trên C7 tới bờ dưới L1.
- Đặt chương trình chụp tu theo yêu cầu lâm sàng. Có thể sử dụng các lớp cắt theo hướng các đĩa đệm để đánh giá bệnh lý thoát vị đĩa đệm hoặc chụp toàn bộ cột sống ngực, dùng các phần mềm cho phép XỬ TRÍ ảnh sau chụp.
- Chọn ảnh chụp phim trên các cửa sổ xương, cửa sổ đĩa đệm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá các tổn thương thân đốt như: vỡ thân đốt, xẹp thân đốt, trượt thân đốt, đặc biệt là hình ảnh di lệch tổn thương tường sau thân đốt (vì nguy cơ chèn ép tủy và rễ tủy rất cao), các tổn thương cung sau, máu tụ do chấn thương và nhất là các dấu hiệu thoát vị đĩa đệm, những tổn thương phần mềm rãnh sống, vị trí các dị vật đối quang i-ốt.
- Các tổn thương trong bệnh lý thoái hóa đốt sống như: thoái hóa khối khớp bên, thoái hóa dây chằng, trượt đốt sống do thoái hóa, hẹp ống sống.
- Đánh giá các bất thường bẩm sinh cột sống.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không có tai biến.
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

QUY TRÌNH CHỤP CLVT XƯƠNG CHI KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp cắt lớp vi tính xương chi không tiêm thuốc đối quang i-ốt được thực hiện bởi các lớp cắt theo hướng cắt ngang bao phủ vùng tổn thương, hoặc cắt toàn bộ theo chiều dài xương, chiều dài toàn bộ chi. Dùng các phần mềm chuyên dụng tái tạo ảnh theo các hướng đứng dọc và đứng ngang, ảnh 3D.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Đánh giá tổn thương u, viêm xương, thoái hóa.
- Tổn thương xương do chấn thương.
- Các bất thường bẩm sinh xương chi.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với phụ nữ có thai.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thiết lập thông số máy

- Nhập đầy đủ dữ liệu thông tin của người bệnh.
- Cắt theo chương trình xoắn, độ dầy lớp cắt: 1,25 - 2,5 mm.
- Kv: 120, mAs: 150- 250.
- Tốc độ vòng quay bóng < 1s
- FOV: thay đổi tùy từng người bệnh, nên chọn FOV nhỏ phù hợp với vùng thăm khám

2. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, tư thế chụp các chi giống với tư thế chụp động mạch các chi.

3. Tiến hành chụp

- Cắt định hướng theo hai mặt phẳng đứng dọc và đứng ngang
- Thực hiện các lớp cắt ngang theo chương trình đã chọn.

4. Dựng ảnh

Dùng các phần mềm chuyên dụng tái tạo ảnh xương chi theo các hướng, ưu tiên bộc lộ tại vị trí tổn thương.

5. In phim

Theo cửa sổ xương, theo cửa sổ mô mềm tùy chỉ định.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Hình ảnh thấy được các cấu trúc giải phẫu của hệ thông xương chi
- Phát hiện được tổn thương nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không có tai biến kỹ thuật
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

QUY TRÌNH CHỤP CLVT ĐỘNG MẠCH CHỦ-CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT động mạch chủ chậu là kỹ thuật thăm khám và dựng hình động mạch xâm nhập tối thiểu, được thực hiện bằng chụp CLVT có tiêm thuốc đối quang i-ốt.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Thăm khám phình động mạch chủ bụng
- Kích thước: đường kính túi phình
- Hình dạng: hình túi, hình thoi
- Vị trí: so với động mạch thận, ngã ba chủ chậu
- Cấu trúc: ngấm thuốc lòng mạch, bóc tách, huyết khối.
- Đánh giá lớp mỡ quanh động mạch.
- Bổ sung cho siêu âm Doppler và chụp mạch máu
- Tổng kê trước điều trị phình động mạch: phẫu thuật hay can thiệp nội mạch
- Thăm khám cấp cứu đối với phình động mạch chủ có gây đau bụng.

2. Chống chỉ định

Xem xét chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt trong trường hợp suy thận, dị ứng với thuốc đối quang i-ốt, phụ nữ có thai…

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT từ 8 dãy trở lên.
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp.
- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch
- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)
- Tham khảo các kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó (nếu có)

2. Tiến hành kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngữa trên bàn chụp, tay để trên đầu.
- Tiêm 120ml thuốc đối quang i-ốt tốc độ 3ml/s bằng bơm tiêm điện.
- Cách thức chụp
- Chụp định vị
- Thì trước tiêm: không tiêm thuốc đối quang i-ốt (lấy từ D12 đến trần ổ cối), lát cắt 10mm
- Thì động mạch: sau thời điểm bắt đầu tiêm 20s (lấy hết túi phình đến động mạch chậu gốc).
- Thông số chụp: độ dày lớp cắt 3mm, khoảng cách lớp cắt bằng độ dày lớp cắt
- Tái tạo:
- Đầu - chân; các lát cắt mỏng 0,6-1mm.
- Cửa sổ: WL = +100 WW = 350
- WL = +80 WW = 500
- Tái tạo hình ảnh động mạch chủ, túi phình, liên quan với động mạch thận và động mạch chậu với phần mềm MPR, MIP, VR, 3D.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Hình ảnh hiển thị được các cấu trúc giải phẫu của hệ thống động mạch vùng chủ - chậu.
- Xem xét hình ảnh trên các lát cắt ngang 2D bổ sung bằng các hình ảnh tái tạo 3D.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy: do uống nhiều nước. Chỉ cần điều trị nội khoa
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT MẠCH MÁU CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp cắt lớp vi tính động mạch chi dưới bao gồm các lớp cắt ngang có tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch từ mức ngã ba chủ chậu đến hết ngón chân, sau đó dùng các phần mềm chuyên dụng XỬ TRÍ dữ liệu, tái tạo ảnh hệ động mạch chi dưới theo các hướng. Thường được chỉ định cho thế hệ máy cắt lớp đa dẫy, tốt nhất từ 64 dẫy trở lên do yêu cầu cắt tốc độ nhanh theo kịp huyết động học của thuốc đối quang i-ốt trong lòng mạch.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Hẹp tắc động mạch cấp và mạn tính.
- Phình mạch, dị dạng mạch.
- Kiểm tra sau đặt Stent động mạch.
- Đánh giá giải phẫu bình thường và bất thường hệ ĐM chi dưới

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Các chống chỉ định tương đối chủ yếu đối với thuốc đối quang i-ốt tiêm tĩnh mạch, người bệnh có tiền sử bị bệnh dị ứng: hen phế quản, người bệnh suy gan, suy thận, đặc biệt ở những người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc đối quang i-ốt iod ở những lần chụp trước.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT đa dãy (từ 8 dãy trở lên)
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thiết lập thông số máy
- Nhập đầy đủ dữ liệu thông tin của người bệnh.
- Cắt vòng xoắn độ dầy lớp cắt: 0,5 mm hoặc 0,625 mm tùy thuộc từng máy.
- Kv: 120, mAs: 150- 250. Pitch 0,6 - 1,375
- Tốc độ vòng quay bóng 0,33 - 0,5s
- FOV: chọn càng nhỏ càng tốt

2. Tư thế người bệnh
- Người bệnh nằm ngửa, chân hướng về phía khung máy, tay đưa lên phía đầu, 2 chân duỗi thẳng tự nhiên, buộc hai ngón chân cái để cố định.
- Đặt kim luồn tĩnh mạch:
- Đặt tại các tĩnh mạch chi trên.
- Trong trong một số trường hợp có thể đặt tại tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch dưới đòn.

3. Tiến hành chụp
- Bước 1: Cắt định hướng theo hai mặt phẳng đứng dọc và đứng ngang
- Bước 2: Cắt độ dầy 5mm trước thuốc xác định vị trí đoạn cuối động mạch chủ bụng để đặc điểm đo tỷ trọng cho chương trình Bolus timing.
- Bước 3: Cắt sau tiêm bắt đầu từ ngã ba chủ chậu đến hết ngón chân.

4. Dựng ảnh

Dùng các phần mềm chuyên dụng (MIP, VR…) tái tạo ảnh hệ động mạch theo các hướng, ưu tiên bộc lộ tại vị trí tổn thương.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ
- Hình ảnh thấy được các cấu trúc giải phẫu mạch máu trong vùng thăm khám
- Phát hiện được tổn thương nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG CỔ KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo ảnh cột sống cổ với máy chụp CLVT đánh giá các tổn thương của xương, đĩa đệm, ống sống và các thành phần lân cận

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Bệnh lý chấn thương, các khối u, viêm của xương và phần mềm cột sống cổ

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Đặt người bệnh trong khung máy, người bệnh nằm ngửa, vai hạ thấp tối đa, hai tay xuôi dọc theo cơ thể.
- Người bệnh nhịn thở và không nuốt trong quá trình thăm khám.

2. tiến hành kỹ thuật

- Chụp định khu toàn bộ cột sống cổ.
- Lấy hình định vị theo hướng bên (sagital), bắt đầu từ khớp thái dương hàm cho tới bờ dưới D1.
- Đặt chương trình chụp tùy theo yêu cầu lâm sàng. Có thể sử dụng các lớp cắt theo hướng các đĩa đệm để đánh giá bệnh lý thoát vị đĩa đệm hoặc chụp toàn bộ cột sống cổ, dùng các phần mềm cho phép XỬ TRÍ ảnh sau chụp.
- Chọn ảnh chụp phim trên các cửa sổ xương, cửa sổ đĩa đệm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá các tổn thương thân đốt như: vỡ thân đốt, xẹp thân đốt, trượt thân đốt, đặc biệt là hình ảnh di lệch tổn thương tường sau thân đốt (vì nguy cơ chèn ép tu và rễ tu rất cao), các tổn thương cung sau, máu tụ do chấn thương và nhất là các dấu hiệu thoát vị đĩa đệm, những tổn thương phần mềm rãnh sống, vị trí các dị vật đối quang i-ốt.
- Các tổn thương trong bệnh lý thoái hóa đốt sống như: thoái hóa khối khớp bên, thoái hóa dây chằng, trượt đốt sống do thoái hóa, hẹp ống sống.
- Đánh giá các bất thường bẩm sinh cột sống.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Kỹ thuật này không có tai biến
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

QUY TRÌNH CHỤP CLVT BỤNG-TIỂU KHUNG THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT bụng-tiểu khung thường quy là quá trình thăm khám các tạng trong ổ bụng và tiểu khung… trên hệ thống máy ít dãy đầu thu

Thực hiện thăm khám một cách hệ thống từ vòm hoành đến khớp mu

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Gan: bệnh cảnh u gan, viêm hoặc áp xe gan, bệnh cảnh chấn thương gan
- Đường mật-túi mật: sỏi đường mật-túi mật; u đường mật-túi mật
- Tụy: viêm tụy cấp-mãn; các khối u tụy
- Lách: u, chấn thương
- Ống tiêu hóa: xuất huyết tiêu, bệnh cảnh chấn thương; bệnh lý u, viêm
- Nghi ngờ các khối u mạc treo, các ổ áp xe trong ổ bụng-tiểu khung
- Bệnh cảnh nghi ngờ viêm bờm mỡ mạc treo, hoại tử mạc nối…

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với nhưng trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc cản quanh nói riêng và các thuốc khác nói chung. Nếu không có các phương pháp Chẩn đoán hình ảnh khác thay thế thì cho người bệnh điều trị giải mẫm cảm trong 3 ngày. Trong trường hợp cấp cứu thì vẫn tiến hành chụp đồng thời CHUẨN BỊ sẵn hộp thuốc chống sốc
- Cân nhắc chỉ định với những người bệnh đang có thai ở những tuần đầu

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá 100ml.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật thăm khám

- Đặt người bệnh năm ngửa, hai tay giơ lên đầu để tránh nhiễu ảnh
- Tháo bỏ dị vật băng kim loại, bộc lộ vùng thăm khám
- Hướng dẫn người bệnh nhịn thở để tránh các nhiễu ảnh do di động khi thở,
- Chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch với các lớp cắt ngang trên toàn bộ bụng-tiểu khung từ vòm hoành tới khớp mu, bề dày lớp cắt 5-8 mm. Các lớp cắt mỏng 3 mm tập trung vào các tổn thương nhỏ
- Thuốc đối quang i-ốt được dùng là loại tan trong nước với liều 1.5-2 ml/kg cân nặng
- Kỹ thuật tiêm thuốc đối quang i-ốt: tiêm nhanh, tốc độ tiêm tối thiểu 3ml/giây. Tốt nhất là sử dụng máy bơm thuốc để có thể kiểm soát chính xác các thì động mạch và tĩnh mạch sau tiêm, tốc độ tiêm nên đạt từ 4-5 ml/giây
- Thay đổi trường nhìn tùy theo độ lớn của mỗi cá thể cho phù hợp
- Thay đổi độ rộng của cửa sổ để đánh giá được toàn bộ mô mềm, khí, mỡ và xương

2. Tiến trình thăm khám

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng vùng nghi ngờ tổn thương để đánh giá xem tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc đẻ đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều. Đo tỷ trọng của các cấu trúc dịch trong ổ bụng xem đó là dịch đơn thuần hay có tỷ trọng cao dạng nhiễm trùng, chảy máu. Đánh giá tình trạng thoát thuốc đối quang i-ốt tự nhiên từ lòng ống tiêu hóa ra khoang phúc mạc và khoang sau phúc mạc
- Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đàu tiêm thuốc: đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng rối loạn tưới máu trong nhu mô các tạng đặc; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; các ổ dị dạng mạch ở thành ống tiêu hóa trong bệnh cảnh xuất huyết tiêu hóa; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương tạng…
- Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ lúc bắt đàu tiêm thuốc: đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đụng dập hoặc đường vỡ trong các tạng trong bệnh cảnh chấn thương
- Các lớp cắt ở thì muộn được thược hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch…

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá sơ bộ xem kỹ thuật thực hiện có đúng các thì động mạch, tĩnh mạch.
- Số lượng thuốc đối quang i-ốt sử dụng có phù hợp
- Các ảnh thu được có đảm bảo chất lượng cho chẩn đoán: hình nhiễu ảnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT HỆ TIẾT NIỆU THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT hệ tiết niệu thường quy là quá trình thăm khám toàn bộ hệ tiết niệu bao gồm: thận, niệu quản hai bên, bàng quang … trên hệ thống máy ít dãy đầu thu. Thăm khám một cách hệ thống từ vòm hoành đến khớp mu

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Cơn đau quặn thận
- Sỏi thận, niệu quản, bàng quang
- Bệnh lý u thận; u đường bài xuất
- Các tổn thương dị dạng hệ tiết niệu
- Các bệnh lý viêm thận-bể thận-bàng quang; nhiễm trùng đường tiết niệu; các bệnh lý viêm-áp xe quanh đường tiết niệu
- Bệnh lý tiền liệt tuyến, túi tinh…

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với nhưng trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc cản quanh nói riêng và các thuốc khác nói chung
- Cân nhắc chỉ định với những người bệnh đang có thai ở những tuần đầu
- Không tiêm thuốc đối quang i-ốt với các người bệnh suy thận

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá 100ml.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật thăm khám

- Đặt người bệnh nằm ngửa, hai tay giơ lên đầu để tránh nhiễu ảnh
- Tháo bỏ dị vật băng kim loại, bộc lộ vùng thăm khám
- Hướng dẫn người bệnh nhịn thở để tránh các nhiễu ảnh do di động khi thở,
- Chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc đối quang i-ốt tĩnh mạch với các lớp cắt ngang trên toàn bộ hệ tiết niệu; bề dày lớp cắt 5-8 mm
- Thuốc đối quang i-ốt được dùng là loại tan trong nước, với liều từ 1.5-2 ml/kg cân nặng
- Kỹ thuật tiêm thuốc đối quang i-ốt: tiêm nhanh, tốc độ tiêm tối thiểu 3ml/giây. Nếu sử dụng máy bơm thuốc thì tốc độ tiêm đạt 4-5 ml/giây. Tốt nhất là sử dụng máy bơm thuốc để có thể kiểm soát chính xác các thì động mạch và tĩnh mạch sau tiêm
- Thay đổi trường nhìn (FOV) tùy theo độ lớn của mỗi cá thể cho phù hợp
- Thay đổi độ rộng của cửa sổ để đánh giá được toàn bộ mô mềm, khí, mỡ và xương.

2. Tiến trình thăm khám

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng vùng nghi ngờ tổn thương để đánh giá xem tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc đẻ đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều
- Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương thận…
- Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc: đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u, đánh giá tình trạng ngấm thuốc của tĩnh mạch thận hai bên và tĩnh mạch chủ dưới trong bệnh cảnh u thận; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đụng dập hoặc đường vỡ nhu mô trong bệnh cảnh chấn thương.
- Các lớp cắt ở thì muộn được thược hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch. Trong các trường hợp giãn đài bể thận, niệu quản do sỏi, u hoặc viêm chít hẹp thì phải chụp ở thời điểm muộn hơn tùy thuộc vào đánh giá cụ thể của bác sĩ
- Chụp thêm các phim X quang sau tiêm thuốc đối quang nếu cần thiết

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá sơ bộ xem kỹ thuật thực hiện có đúng các thì động mạch, tĩnh mạch, thì muộn
- Số lượng thuốc đối quang i-ốt sử dụng có phù hợp
- Các ảnh thu được có đảm bảo chất lượng cho chẩn đoán: hình nhiễu ảnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đánh giá xem quá trình tiêm thuốc có đúng kỹ thuật; có bị vỡ thành mạch, thoát thuốc ra ngoài lòng mạch hay không
- Theo dõi người bệnh xem có dấu hiệu dị ứng thuốc hay không
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ DỰNG HÌNH 3D

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo ảnh cột sống thắt lưng với máy chụp CLVT đánh giá các tổn thương của xương, ống sống và các thành phần lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Bệnh lý chấn thương, các khối u, viêm của xương và phần mềm cột sống thắt lưng

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT đa dãy (từ 8 dãy trở lên)
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

4. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Đặt người bệnh trong khung máy, người bệnh nằm ngửa, vai hạ thấp tối đa, hai tay đưa lên cao theo trục cơ thể.
- Người bệnh nhịn thở và không nuốt trong quá trình thăm khám.

2. Tiến hành kỹ thuật

- Chụp định khu toàn bộ cột sống ngực ở hai bình diện.
- Lấy hình định vị theo hướng bên (sagital) bắt đầu từ bờ trên D12 tới bờ dưới S1.
- Đặt chương trình chụp tùy theo yêu cầu lâm sàng. Có thể sử dụng các lớp cắt theo hướng các đĩa đệm để đánh giá bệnh lý cột sống ngực, dùng các phần mềm cho phép XỬ TRÍ ảnh sau chụp. Các kỹ thuật XỬ TRÍ ảnh thường sử dụng là: kỹ thuật tạo ảnh đa mặt cắt (MPR), kỹ thuật hình chiếu cường độ tối đa (MIP), kỹ thuật hiển thị bề mặt thể tích (VRT), kỹ thuật hiển thị bề măt (SSD).
- Chọn ảnh chụp phim trên các cửa sổ xương, cửa sổ đĩa đệm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá các tổn thương thân đốt như: vỡ thân đốt, xẹp thân đốt, trượt thân đốt, đặc biệt là hình ảnh di lệch tổn thương tường sau thân đốt (vì nguy cơ chèn ép tủy và rễ tủy rất cao), các tổn thương cung sau, máu tụ do chấn thương và nhất là các dấu hiệu thoát vị đĩa đệm, những tổn thương phần mềm rãnh sống, vị trí các dị vật đối quang i-ốt.
- Các tổn thương trong bệnh lý thoái hóa đốt sống như: thoái hóa khối khớp bên, thoái hóa dây chằng, trượt đốt sống do thoái hóa, hẹp ống sống.

- Đánh giá các bất thường bẩm sinh cột sống.
- Mối tương quan giải phẫu, mức độ xâm lấn, choán chỗ, đè ép.
- Tạo ảnh 3D có giá trị đặc biệt sự biến đổi tư thế cột sống thắt lưng. Các hình ảnh tái tạo theo mặt phẳng dọc giữa (sagital), tái tạo theo mặt phẳng trán (coronal) rất có ý nghĩa.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không có tai biến kỹ thuật.
- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

QUY TRÌNH CHỤP CLVT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG I-ỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo ảnh cột sống thắt lưng với máy chụp CLVT đánh giá các tổn thương của xương, đĩa đệm, ống sống và các thành phần lân cận. Phối hợp với tiêm thuốc đối quang i-ốt nhằm đánh giá các bệnh lý viêm, lao, các khối u cột sống, tủy sống…

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Bệnh lý chấn thương, các khối u, viêm của xương và phần mềm cột sống thắt lưng

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai, suy thận, dị ứng thuốc đối quang i-ốt

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện chuyên dụng
- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- đặt người bệnh trong khung máy, nằm ngửa, vai hạ thấp tối đa, hai tay đưa lên cao theo trục cơ thể.
- Nhịn thở và không nuốt trong quá trình thăm khám.

2. Tiến hành kỹ thuật

- Chụp định khu toàn bộ cột sống ngực ở hai bình diện.

- Lấy hình định vị theo hướng bên (sagital) bắt đầu từ bờ trên D12 tới bờ dưới S1.
- Đặt chương trình chụp tùy theo yêu cầu lâm sàng. Có thể sử dụng các lớp cắt theo hướng các đĩa đệm để đánh giá bệnh lý thoát vị đĩa đệm hoặc chụp toàn bộ cột sống ngực, dùng các phần mềm cho phép XỬ TRÍ ảnh sau chụp.
- Chọn ảnh chụp phim trên các cửa sổ xương, cửa sổ đĩa đệm.
- Cắt lại sau tiêm thuốc đối quang i-ốt.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Đánh giá các tổn thương thân đốt như: vỡ thân đốt, xẹp thân đốt, trượt thân đốt, đặc biệt là hình ảnh di lệch tổn thương tường sau thân đốt (vì nguy cơ chèn ép tủy và rễ tủy rất cao), các tổn thương cung sau, máu tụ do chấn thương và nhất là các dấu hiệu thoát vị đĩa đệm, những tổn thương phần mềm rãnh sống, vị trí các dị vật đối quang i-ốt.
- Các tổn thương trong bệnh lý thoái hóa đốt sống như: thoái hóa khối khớp bên, thoái hóa dây chằng, trượt đốt sống do thoái hóa, hẹp ống sống.
- Đánh giá các bất thường bẩm sinh cột sống.
- Đối chiếu các ảnh trước và sau tiêm thuốc, nhận định các bệnh lý đi kèm.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…
- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i-ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

QUY TRÌNH CHỤP CLVT HÀM-MẶT CÓ TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp CLVT vùng hàm mặt để thăm khám các bệnh lý vùng hàm mặt, vùng mũi xoang, họng; bổ sung cho các kỹ thuật X quang thông thường.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Viêm, nhiễm trùng
- Tổn thương khối u

2. Chống chỉ định

Có tính chất tương đối. Nếu được có thể thay thế bằng cộng hưởng từ.

- Phụ nữ có thai, đặc biệt trong ba tháng đầu. Khi phải chụp có thể sử dụng áo chì che vùng bụng.
- Trẻ nhỏ
- Các chống chỉ định đối với tiêm thuốc đối quang.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa
- Kỹ thuật viên điện quang

2. Phương tiện

- Máy chụp CLVT
- Máy bơm điện
- Phim, cát-xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

3. Vật tư y tế

- Bơm tiêm 10; 20ml
- Bơm tiêm của máy bơm điện
- Kim tiêm 18-20G
- Thuốc đối quang i-ốt tan trong nước
- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc
- Nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật
- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.
- Bông, gạc phẫu thuật.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có
- Cần nhịn ăn, uống trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.
- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: cần cho thuốc an thần…

5. Phiếu xét nghiệm

- Có phiếu chỉ định chụp CLVT

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chụp theo hai hướng cắt ngang và đứng ngang. Đối với các máy cắt lớp vi tính đa dãy (từ 16 dãy trở lên) có thể chỉ cần thực hiện hướng cắt cắt ngang và tái tạo lại theo hướng đứng ngang và các hướng khác mà vẫn đảm bảo được chất lượng hình ảnh giống như chất lượng hình ảnh cắt ngang.

1. Hướng cắt ngang.
- Người bệnh nằm ngửa
- Thực hiện chụp định vị
- Mặt phẳng cắt song song với khẩu cái cứng
- Từ nền sọ tới xương móng
- Độ dày lớp cắt ≤ 3mm.
- Bước nhảy bằng với độ dày lớp cắt, nên cắt xoắn ốc.

2. Hướng cắt đứng ngang
- Người bệnh nằm ngửa đầu ngửa tối đa hoặc nằm sấp đầu ngửa tối đa
- Thực hiện chụp định vị
- Mặt phẳng cắt vuông góc với mặt phẳng cắt ngang
- Từ chóp mũi cho tới gai sau cột sống cổ
- Độ dày lớp cắt ≤ 3mm.
- Bước nhảy bằng với độ dày lớp cắt, nên cắt xoắn ốc.

3. Hướng cắt ngang sau tiêm thuốc đối quang
- Chương trình chụp tương tự không tiêm thuốc đối quang
- Tiêm thuốc đối quang có i-ốt

4. In phim

In phim theo cả hai hướng cắt ngang và đứng ngang, thì trước và sau tiêm thuốc đối quang, theo cửa sổ xương và cửa sổ phần mềm.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ
- Mô tả tổn thương: Vị trí tổn thương, cấu trúc tổn thương, kích thước, sự lan rộng của tổn thương, đặc điểm ngấm thuốc đối quang.
- Đối chiếu hình ảnh cắt lớp vi tính và lâm sàng
- Đưa ra các định hướng chẩn đoán. Đồng thời có thể đề nghị các thăm khám khác phối hợp.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ
- Trẻ em có thể không hợp tác trong quá trình chụp: khóc, cử động. Có thể chụp lúc ngủ, dùng thuốc an thần hoặc gây mê tùy trường hợp
- Trong nhiều trường hợp người bệnh không thể ngửa được để chụp lớp cắt đứng ngang, có thể tái tạo từ hướng cắt ngang, trong trường hợp này thì nên chụp cắt ngang mỏng nhất có thể để tái tạo được hình ảnh tốt nhất.
- Xử trí tai biến thuốc đối quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

PHẦN 3: SIÊU ÂM

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM MẠCH MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm mạch máu là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán về hình thái giải phẫu, cấu trúc mạch máu và các biến đổi về mặt huyết động học.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có triệu chứng sưng nề, đau nhức ở một bộ phận cụ thể trong cơ thể mà bác sĩ điều trị cần có sự quan sát tổng quan xem mạch máu tại nơi đó có xảy ra bất kỳ vấn đề gì không.

Người bệnh có dấu hiệu giãn các mạch máu dưới da hoặc căng tức tại một vị trí nào đó.

Phương pháp siêu âm Doppler mạch máu dùng để định hướng nguyên nhân gây nên nhiều bệnh lý: tăng huyết áp, thiếu máu não, đột quỵ, xơ vữa mạch máu, tắc nghẽn động mạch, suy van tĩnh mạch, huyết khối,…

Khi bác sĩ điều trị cần đánh giá sự xâm lấn mạch máu của các khối u

Khi cần khảo sát trước khi phẫu thuật tạo cầu nối thông nối động tĩnh mạch và theo dõi hoạt động cầu nối cho người bệnh chạy thận nhân tạo.

Phương pháp siêu âm Doppler mạch máu sẽ được chỉ định để kiểm tra định kỳ trên những đối tượng đã có bệnh lý mạch máu trước đó như: huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm tĩnh mạch nông, suy van tĩnh mạch làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, xơ cứng động mạch, khối u mạch máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc nằm sấp thùy theo vùng cần khảo sát

- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm mạch máu
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm mạch máu theo các lớp cắt siêu âm
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ:

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TIM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm tim là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở tim và gốc mạch máu lớn ở ngực.

II. CHỈ ĐỊNH

Siêu âm tim được chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ các bệnh lý ở hệ thống tim mạch. Điển hình là các nhóm bệnh lý sau:

Các bệnh lý về van tim có thể do mắc phải hay bẩm sinh

Suy tim do các nguyên nhân khác nhau, phù chưa rõ nguyên nhân

Nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực chưa rõ nguyên nhân, thiểu năng mạch vành

Tràn dịch màng tim

Bệnh tăng huyết áp, khó thở bệnh mãn tính ở phổi

Đôi khi siêu âm tim được chỉ định theo yêu cầu chuyên môn của bác sĩ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay để lên qua đầu, chân duỗi thẳng, áo bệnh nhân kéo lên qua hõm ức; có thể cho bệnh nhân nằm nghiêng trái để thu được hình ảnh rõ nét hơn.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm tim
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm tim theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ

- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm bụng là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở vùng bụng. Siêu âm ổ bụng có thể đánh giá được tổn thương ở các cơ quan như: Gan, mật, hệ tiết niệu (thận, bàng quang, niệu quản), hệ sinh dục (tử cung, buồng trứng ở nữ, tuyến tiền liệt ở nam), lách, tụy.

Siêu âm ổ bụng còn có thể đánh giá một số bệnh lý đường tiêu hóa như: Viêm ruột thừa, các khối u lớn ở các cơ quan trong ổ bụng, hạch ổ bụng, các bất thường mạch máu ổ bụng, đánh giá được dịch ổ bụng và cả dịch trong khoang màng phổi, màng ngoài tim.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý về gan: Viêm gan mạn tính, xơ gan, gan xơ K hóa, ung thư gan

Các bệnh lý về mật: Viêm túi mật, sỏi mật

Bệnh viêm tuyến tụy cấp hay mãn tính, u tụy, lá lách to

Các bệnh về hệ tiết niệu: Tắc nghẽn thận, sỏi thận hoặc ung thư thận, bàng quang, niệu quản

Các bệnh về hệ sinh dục: Nhân xơ tử cung, nang lạc nội mạc tử cung, ung thư tử cung, u buồng trứng, phì đại hay ung thư tiền liệt tuyến

Các bệnh về hệ tiêu hóa: Viêm ruột thừa, các khối u dạ dày, các khối u ống tiêu hóa, khối máu tụ, u hạch mạc treo, các khối lồng ruột...

Phát hiện phình động mạch chủ bụng, tràn dịch ổ bụng, dịch màng phổi, dịch màng ngoài tim

- Tổng kiểm tra sức khỏe

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm:

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân:

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: Cho bệnh nhân nằm ngửa lên giường, hai chân duỗi thẳng. Áo kéo qua mũi ức và quần kéo qua khớp mu, hai tay bên nhân đưa lên cao qua đầu
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm bụng (Abdomen)
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm bụng theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ: Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm phần mềm là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở mô mềm, cũng như các bệnh lý ở vùng lân cận có liên quan

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u phần mềm

Viêm cơ, viêm gân, khớp, abcess mô mềm,…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: Hướng dẫn bệnh nhân nằm hoặc ngồi lên giường và bộc lộ hết phần cần thăm khám. Cần lấy khăn che phủ những bộ phận kín đáo có liên quan.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm mô mềm
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm mô mềm theo các lớp cắt siêu âm
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ:

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm tuyến giáp là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở tuyến giáp và tuyến cận giáp, cũng như các bệnh lý ở vùng cổ có liên quan.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ có bệnh tuyến giáp, tuyến cận giáp, vùng cổ. Điển hình là các nhóm bệnh lý sau:

- Bướu cổ đơn thuần, Basedow, u vùng cổ, hạch to vùng cổ
- Viêm tuyến giáp bán cấp, mãn
- Thiểu năng trí tuệ, gầy sút cân nhiều chưa rõ nguyên nhân
- Chấn thương vùng cổ
- Tổng kiểm tra sức khỏe
- Theo yêu cầu chuyên môn của bác sỹ khi điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay xuôi xuống chân, cổ ưỡn tối đa. Nếu cần có thể lấy gối đệm ở vai.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm tuyến giáp (Thyroid)
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm tuyến giáp theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn

- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TUYẾN VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm tuyến vú là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở tuyến vú, cũng như các bệnh lý ở vùng lân cận có liên quan

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u vú, khối viêm và áp xe vú.
- Chấn thương nghi ngờ tụ máu đụng dập vùng ngực và vú
- Các loại đường dò ở vú nhất là tìm nguyên nhân, nguyên ủy liên quan của đường dò.
- Các bệnh có hạch to ở ngực
- Theo yêu cầu chuyên môn của bác sĩ điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: Hướng dẫn bệnh nhân nằm lên giường và bộc lộ hết phần vú hai bên. Cần lấy khăn che phủ những bộ phận kín đáo có liên quan.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm tuyến vú
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm tuyến vú theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ

- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TỬ CUNG PHẦN PHỤ NGẢ ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm ngả âm đạo là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để kiểm tra tử cung, hai phần phụ, chẩn đoán các bệnh lý của tử cung, phần phụ, cổ tử cung, đặc biệt là thai ngoài tử cung và một số cơ quan lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau vùng chậu
Xuất huyết hay tiết dịch âm đạo bất thường
Kết quả bất thường khi khám vùng chậu hoặc bụng
Hoặc phụ nữ mang thai cũng có thể được khuyên thực hiện kỹ thuật siêu âm đầu dò ngả âm đạo nhằm mục đích:
Xác định thai sớm trong tử cung
Đo chiều dài kênh cổ tử cung
Phát hiện sớm một số dị tật bẩm sinh trong thai kỳ ở 3 tháng đầu và những thai bệnh lý có dự hậu xấu
Chẩn đoán thai ngoài tử cung
Theo yêu cầu chuyên môn của bác sỹ khi điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm tư thế sản phụ khoa
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm thai ngả âm đạo

- Đầu dò được bao băng bao cao su và bôi gel
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm ngả âm đạo theo các lớp cắt siêu âm, có thể kê mông bệnh nhân bằng một chiếc gối để thu được hình ảnh rõ hơn
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gel ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ :

Kỹ thuật này không có tai biến

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm thai là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để theo dõi tình trạng thai nhi trong bụng mẹ, chẩn đoán các dị tật thai nhi để có hướng xử trí thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định cho tất cả các trường hợp thai phụ mang thai ở tam cá nguyệt thứ nhất, hai, ba
- Theo yêu cầu chuyên môn của bác sỹ khi điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

b. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

c. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, hai tay dang lên đầu
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm thai theo từng giai đoạn thai
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm tuyến giáp theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gen ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ :

Kỹ thuật này không có tai biến

PHẦN 4: NỘI SOI

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng cấp cứu là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng trong tình trạng cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nôn ra máu, đi ngoài phân đen
- Hóc dị vật
- Giun chui ống mật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng huyết động không ổn định, huyết áp tâm thu < 80 mm Hg mà chưa có sẵn đường truyền máu
- Chưa có sẵn đường truyền máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi. Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa người bệnh cần phải đặt trước đường truyền tĩnh mạch.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án
- Người nhà người bệnh viết cam đoan

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi, kẹp Clip cầm máu.
- Kìm gắp dị vật hoặc rọ.
- Súng thắt vòng cao su đối với thắt giãn tĩnh mạch thực quản.
- Ống ngậm miệng
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi
- Thuốc gây tê vùng họng: Lidocain 10 %
- Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml
- Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ
- Thực hiện kỹ thuật
- Người bệnh được mắc Monitor theo dõi nhịp tim, SpO2, đo huyết áp, đặt đường truyền tĩnh mạch nếu đang có xuất huyết tiêu hóa. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.
- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

- Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.
- Có thể can thiệp điều trị qua nội soi như.
- Tiêm cầm máu tại ổ loét dạ dày- tá tràng, vết rách tâm vị.
- Kẹp Clip cầm máu đối với loét dạ dày tá tràng, chảy máu điểm mạch.
- Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su, tiêm xơ tĩnh mạch phình vị.
- Cắt polyp khi polyp đang chảy máu và các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường.
- Gắp giun đang chui lên đường mật tại papilla.
- Gắp dị vật như xương (hóc xương), đồng xu…
- Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định như đối với soi thực quản dạ dày thông thường.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp.
- Tình trạng chảy máu, thủng

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Các tai biến và xử trí giống như các tai biến của nội soi dạ dày thông thường.
- Ngoài ra có các tai biến của cầm máu qua nội soi như chảy máu do cắt polyp; có thể cầm máu lại bằng nguồn đốt hoặc kẹp Clip.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999, 506 - 507.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001, 14 - 30.
3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison,s Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản - dạ dày- tá tràng tiền mê là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng khi người bệnh trong tình trạng tiền mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược
- Thiếu máu, gầy sút cân
- Nôn máu, đi ngoài phân đen
- Giun chui ống mật
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường
- Nuốt nghẹn
- Hội chứng kém hấp thu
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm
- Xơ gan
- Bệnh polyp gia đình
- Bệnh Crohn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh nhược cơ
- Ứ đọng đờm, suy hô hấp
- Nhiễm độc rượu cấp
- Glaucom góc đóng
- Các trường hợp chống chỉ định của nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng

Chống chỉ định tương đối

- Bệnh phổi mạn tính
- Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ
- Nhịp tim chậm
- Trầm cảm
- Có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2
- Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu

- Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%
- Thuốc tiền mê

4. Hồ sơ bệnh án

- Chẩn đoán, phiếu chỉ định, xét nghiệm tiền phẫu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án nếu người soi là người bệnh nội trú
- Kiểm tra người bệnh đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ
- Thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở Oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi
- Người bệnh nằm nghiêng trái. Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt
- Bác sĩ gây mê hồi sức – Khoa Ngoại thực hiện và theo dõi bệnh nhân tiền mê
- Khi người bệnh đã nhắm mắt, mất phản xạ mắt - mi, đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát.
- Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định
-. Tháo dây oxy, máy theo dõi. Chuyển người bệnh ra phòng hồi tỉnh tại khoa Ngoại nằm theo dõi tiếp đến khi người bệnh tỉnh hoàn toàn.

VI. THEO DÕI

- Nhịp tim chậm
- Suy hô hấp
- Người bệnh không được vận hành máy móc, lái xe trong vòng ít nhất 12 giờ sau khi dùng thuốc.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Các tai biến do dùng thuốc tiền mê:

+ Nhịp tim chậm dưới 50 lần/ phút. Tiêm Atropin 0,25 mg 1 ống dưới da hoặc tĩnh mạch chậm

+ Suy hô hấp: tiến hành bóp bóng oxy qua ambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.

- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001, 14 - 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison's Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI CAN THIỆP - LÀM CLO TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM H.PYLORI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp làm Clo-test chẩn đoán nhiễm H.Pylori là kỹ thuật lấy một mẩu bệnh phẩm dạ dày qua nội soi sau đó làm Test urease để xác định tình trạng nhiễm HP của mô dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nội soi dạ dày có tổn thương viêm hoặc loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định nội soi dạ dày.
- Các trường hợp người bệnh có rối loạn đông máu, cầm máu. Tỷ lệ Prothrombin < 50%. Tiểu cầu <50 G/l.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Nhịn ăn tối thiểu 6h trước khi soi, người bệnh được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật
- Người bệnh kí giấy đồng ý soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi dạ dày ống mềm loại nhìn thẳng và các dụng cụ kèm theo máy soi: Máy hút, nguồn sáng, màn hình, kìm sinh thiết, canuyn ngậm miêng.
- Thuốc thử urease test.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- Tiêm thuốc chống co thắt như Buscopan, Spasfon trước khi soi. Tiêm thuốc an thần khi cần thiết.
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.
- Đưa máy vào dạ dày điều dưỡng tràng bơm hơi, quan sát.
- Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống nghiệm nhỏ.
- Nhỏ 0,5 ml thuốc thử A và nhỏ tiếp 0,1 ml thuốc thử B vào mảnh sinh thiết. Ngâm mảnh sinh thiết trong hỗn hợp dung dịch trên. Chờ 5 - 10 phút đọc kết quả.
- Nếu dung dịch đổi sang màu hồng cánh sen là Test H.Pylori dương tính.

theo dõi

- Tình trạng mạch, huyết áp, toàn trạng trong quá trình soi.
- Tình trạng chảy máu tại chỗ lấy sinh thiết.

VI. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Tai biến của nội soi dạ dày: đưa nhầm vào khí quản, trật khớp hàm, thủng thực quản.
- Tai biến chảy máu tại vị trí sinh thiết: bơm rửa nước lạnh hoặc tiêm cầm máu.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa (2001): 14 - 18.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản- dạ dày- tá tràng có sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này có lấy các mảnh thực quản, dạ dày hoặc tá tràng bằng kìm sinh thiết để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược
- Thiếu máu, gầy sút cân
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường
- Nuốt nghẹn
- Hội chứng kém hấp thu
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm
- Bệnh polyp gia đình
- Bệnh Crohn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý có rối loạn đông cầm máu như: Hemophilie, Lơ xê mi, Xuất huyết giảm tiểu cầu…
- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bỏng thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.
- Phình động mạch chủ ngực
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều

Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh tâm thần không phối hợp được.
- Tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. - Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Ống ngậm miệng
- Kìm sinh thiết
- Ống nhựa, dung dịch cố định mẩu sinh thiết
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi
- Chất bôi trơn đầu máy soi
- Thuốc gây tê vùng họng: Lidocain 10 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án: nếu người soi là người bệnh nội trú

Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.

Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Gây tê vùng hầu họng: bằng Lidocain 10%
- Đặt ống ngậm miệng: vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt
- Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng: bơm hơi và quan sát.
- Khi phát hiện vùng tổn thương nghi ngờ: điều dưỡng đưa kìm sinh thiết qua kênh của máy và bác sĩ nội soi dùng kìm sinh thiết bấm từ 4 đến 6 mảnh gửi cho và ống đựng formon để gửi xét nghiệm mô bệnh học
- Rút máy và tẩy uế khử khuẩn máy soi theo đúng quy định
- Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.
- Rửa, tẩy uế và khử khuẩn kìm sinh thiết với các dung dịch như với máy nội soi

VI. THEO DÕI

Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp nếu người bệnh có chảy máu

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Nếu có chảy máu tại nơi vừa sinh thiết: tiêm cầm máu tại chỗ bằng Adrenalin 1/ 10000. Nếu tiếp tục chảy máu có thể dùng kẹp Clip để cầm máu.
- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày không sinh thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày- tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001, 14 - 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison,s Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản- dạ dày- tá tràng không sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này chỉ nội soi đơn thuần mà không tiến hành sinh thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản
- Thiếu máu, gầy sút cân
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường
- Nuốt nghẹn
- Hội chứng kém hấp thu
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm
- Soi kiểm tra người bệnh trước mổ nặng
- Xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa tiên phát
- Bệnh polyp gia đình
- Bệnh Crohn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bỏng thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.
- Phình động mạch chủ ngực
- Suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp
- Suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, ho nhiều.

Chống chỉ định tương đối

- Gù vẹo cột sống nhiều
- Người bệnh già yếu
- Người bệnh tâm thần không phối hợp được
- Tụt huyết áp

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. - Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Ống ngậm miệng
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi
- Chất bôi trơn đầu máy soi
- Thuốc gây tê vùng họng: Lidocain 10 %

- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án: nếu người soi là người bệnh nội trú

Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ

Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Gây tê vùng hầu họng bằng Lidocain 10%
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và báo người bệnh ngậm chặt
- Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ
- Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định
- Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp nếu người bệnh có xuất huyết tiêu hóa.
- Không ngậm được miệng do trật khớp hàm- thái dương do người bệnh há to.
- Tình trạng nuốt khó

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Đưa máy nhầm vào khí quản: phải rút máy ra, đưa lại vào thực quản
- Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm lại miệng được nắn lại khớp thái dương hàm.
- Nuốt khó có thể do thủng thực quản. Nếu nghi ngờ cho người bệnh đi chụp X quang, tùy mức độ có thể cho nhịn ăn, dùng kháng sinh và gửi ngoại nếu cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999, 506 - 507.

2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001, 14- 30.

3. Mark Topazian. Upper endoscopy. Harrison,s Gastroenterology and Hepatology. 2010: 94.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu là thủ thuật đưa ống nội soi mềm vào hậu môn trực tràng để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý cấp cứu vùng hậu môn trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu: trường hợp chảy máu tiêu hóa thấp, nặng

chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm phổi cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được

III. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.
- Thụt tháo

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng
- Dụng cụ soi: ống soi mềm

+ Nguồn sáng
+ Máy hút, kìm gắp
+ Kìm sinh thiết, bông băng

4. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn
- Còn ở tư thế nghiêng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng-đại tràng sigma
- Tiến hành
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đền vào sau khi đã bôi trơn máy bằng gel bôi trơn
- Đưa đèn soi vào trực tràng, vừa soi vừa tìm đường đi.
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy.
- Sinh thiết: Khi có tổn thương bấm bằng kìm sinh thiết, cắt polyp khi thấy polyp có cuống.
- Cầm máu bằng que bông có thấm adrenalin 1 % hoặc kim cầm máu.

V. THEO DÕI

Ít xảy ra tai biến

VI. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

Ít xảy ra tai biến

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản y học.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

Soi có kế hoạch:

- Đi ngoài ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ
- Rối loạn phân: khó đại tiện
- Ngứa hậu môn
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.
- Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng
- Dụng cụ soi:

+ Ống soi mềm
+ Nguồn sáng
+ Máy hút
+ Kìm gắp
+ Bông băng
+ Kìm sinh thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án: bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu

Kiểm tra người bệnh: đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh chổng mông, qu 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.
- Kỹ thuật:

+ Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
+ Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.
+ Bôi trơn ống soi.
+ Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi.
+ Sinh thiết khi có tổn thương bấm bằng kìm sinh thiết.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh, tình trạng chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.
- Đau bụng do thủng: gửi ngoại mổ
- Chảy máu sau sinh thiết: cầm máu qua nội soi bằng dung dịch adrenaline 1% hoặc kìm cầm máu hoặc gửi ngoại khoa.

NỘI SOI TRỰC TRÀNG ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trực tràng ống mềm là thủ thuật đưa ống soi mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương, chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu: chảy máu tiêu hóa cấp, nặng.

Soi có kế hoạch:

- Đi ngoài ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau vùng hậu môn, đi ngoài không tự chủ.
- Rối loạn phân: khó đại tiện.
- Ngứa hậu môn.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, ung thư, polyp, dò hậu môn, nứt hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi người bệnh già yếu, người bệnh có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.
- Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phòng soi kín và bàn soi trực tràng
- Dụng cụ soi:

+ Ống soi mềm
+ Nguồn sáng
+ Máy hút
+ Kìm gắp
+ Bông băng

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án: bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu

Kiểm tra người bệnh: đánh giá tình trạng người bệnh khả năng làm nội soi trực tràng.

Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh chổng mông, quỳ 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang
- Kỹ thuật:

+ Thăm trực tràng bằng ngón tay đeo gang.
+ Lắp và kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi.
+ Bôi trơn ống soi.
+ Đưa đèn soi vào trực tràng vừa bơm hơi và tìm đường đi

VI. THEO DÕI

Theo dõi tinh thần, tình trạng huyết động và thành bụng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Đau bụng do co thắt: giải thích để người bệnh hợp tác, cần bơm hơi để tìm đường vào.
- Đau bụng do thủng: gửi ngoại mổ

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để quan sát, chẩn đoán tổn thương đại tràng sigma và trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Soi cấp cứu

- Dị vật đại tràng
- Chảy máu thấp, nặng
- Tắc ruột

2. Soi kế hoạch

- Làm bilan trước mổ ung thư.
- Ỉa máu mãn, đau bụng không rõ nguyên nhân, rối loạn đại tràng táo, lỏng.
- Túi thừa đại tràng.
- Viêm loét trực tràng chảy máu.
- Phim chụp đại tràng sigma cản quang có nghi ngờ
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn).
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào
- Nhồi máu cơ tim
- Mới mổ thủng đại tràng
- Phình tách động mạch chủ bụng
- Người bệnh có thai trên 3 tháng

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Hướng dẫn rửa ruột trước soi hoặc dùng Fortran uống 6 giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).
- Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.
- Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.
- Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu)
- Nhịn uống 4 giờ trước khi soi
- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút.
- Máy theo dõi mạch, Huyết áp, spO2
- Kìm sinh thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khóa
- Đưa đèn vào qua hậu môn, bơm hơi vừa đủ.
- Đẩy dần đèn vào sâu.

- Chỉ đẩy đèn khi thấy rõ đường, lòng đại tràng, không ấn mạnh, không quay khi đang đẩy ống soi.
- Thay đổi tư thế người bệnh khi khó đẩy ống soi.
- Quan sát đại tràng khi rút ra, chú ý quan sát những vị trí khó. Nguyên tắc không được bơm căng, chiến thuật trong soi đại tràng đưa theo đường ngắn, không để cuộn ống trong lòng.

VI. THEO DÕI

- Chướng hơi ở bụng, vị trị đầu đèn soi.
- Đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp.
- Thủng gây viêm phúc mạc.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Thủng: chuyển phẫu thuật hoặc điều trị nội nếu nhỏ.
- Đau bụng do bơm nhiều hơi: phải hút hơi.
- Do đèn làm căng đại tràng: phải điều chỉnh, hút bớt hơi.
- Độ căng của đèn soi và rút bớt đèn soi ra: nếu không có kết quả ngày ngừng cuộc soi.
- Nôn: hút bớt hơi hoặc rút đèn soi ra cho đại tràng đỡ căng, đặt ống ống thông dạ dày.
- Ngừng soi nếu làm như thế không có kết quả.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) "Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa" trang 71-77.
2. Bộ Y tế (1999) "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện" tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI ĐẠI TRÀNG SIGMA Ổ CÓ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đưa ống soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến đại tràng sigma để sinh thiết tổn thương đại tràng sigma và trực tràng làm tế bào học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp trực tràng, đại tràng sigma
- Ung thư đại tràng sigma (làm bilan trước mổ ung thư)
- Viêm loét trực tràng chảy máu
- Crohn đại tràng
- Theo dõi sau điều trị bệnh lý (polyp, Crohn)
- Kiểm tra gia đình có bệnh polyp, ung thư đại tràng ở người bệnh trên 40 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng, viêm phúc mạc
- Suy tim, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, khó thở do bất cứ nguyên nhân nào.
- Nhồi máu cơ tim
- Mới mổ thủng đại tràng
- Phình tách động mạch chủ bụng
- Người bệnh có thai trên 3 tháng

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Hướng dẫn rửa ruột trước soi hoặc dùng Fortran uống 6giờ trước soi (1 gói Fortrans với 1 lít nước).
- Chế độ ăn không có chất bã trước 2 ngày.
- Không uống thuốc gây bám dính vào niêm mạc đại tràng 4 ngày trước.
- Chụp X quang đại tràng trước 72 giờ (trừ cấp cứu).
- Nhịn uống 4 giờ trước khi soi
- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy soi đại tràng ống mềm, máy hút,
- Máy theo dõi mạch, Huyết áp, spO2
- Kìm sinh thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm nghiêng trái hoặc tư thế sản khóa
- Soi đại tràng sigma thấy tổn thương.
- Đối với khối u sinh thiết nhiều miếng tại một vị trí để loại bỏ tổ chức hoại tử.
- Đối với tổn thương viêm sinh thiết tại ổ loét, và có thể sinh thiết nhiều vị trí khác để đối chiếu và mảnh sinh thiết được làm tế bào học, nuôi cấy vi khuẩn, nấm, hoặc lao nếu nghi ngờ

VI. THEO DÕI

- Chướng hơi ở bụng, vị trị đầu đèn soi.
- Đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp.
- Thủng gây viêm phúc mạc.

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Thủng: chuyển phẫu thuật hoặc điều trị nội nếu nhỏ.
- Đau bụng do bơm nhiều hơi: phải hút hơi.
- Do đèn làm căng đại tràng: phải điều chỉnh, hút bớt hơi.
- Độ căng của đèn soi và rút bớt đèn soi ra: nếu không có kết quả ngày ngừng cuộc soi.
- Nôn: hút bớt hơi hoặc rút đèn soi ra cho đại tràng đỡ căng, đặt ống ống thông dạ dày.
- Ngừng soi nếu làm như thế không có kết quả.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai, Khoa Tiêu hóa (2001) "Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa" trang 71 -77.
2. Bộ Y tế (1999) "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện" tập 1, trang 510 -511.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ CAN THIỆP CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu

II. CHỈ ĐỊNH

Đi ngoài ra máu đỏ

Đi ngoài ra máu đen (Soi dạ dày bình thường) Bán tắc ruột nghi u đại tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng
- Viêm phúc mạc
- Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng shock
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Hồi sức: Phải hồi sức thật tốt cho người bệnh để đảm bảo tình trạng huyết động của người bệnh ổn định
- Nếu người bệnh có suy hô hấp hoặc rối loạn tri giác: đòi hỏi phải đặt nội khí quản trong quá trình làm nội soi
- Làm sạch đại tràng bằng 2 cách

+ Dùng thuốc nhuận tràng: dùng Fortrans, 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.

Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng

+ Phương pháp thụt rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thụt sạch 3 lần trước khi soi

- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động
- Người bệnh hoặc người nhà ký vào giấy đồng ý soi

3. Thiết bị và dụng cụ

- 01 máy nội soi đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có 2 kênh hoạt động.
- 01 kìm sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy.
- 01 kim tiêm cầm máu qua nội soi: có đầu cắt ngắn khoảng 4mm, để tránh nguy cơ thủng do tiêm quá sâu.
- 1 bơm tiêm 10ml.
- Adrenalin 1/10.000 gây co mạch tại chỗ, pha Adrenalin với dung dịch ưu trương
- Kẹp clip

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tình trạng huyết động của người bệnh: Mạch<100, HA>90/60
- Kiểm tra các xét nghiệm về đông máu và cầm máu
- Kiểm tra tình trạng dùng thuốc trước đó của người bệnh đặc biệt là dùng thuốc chống đông

Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng ý thức của người bệnh, trong trường hợp cần thiết có thể đặt nội khí quản
- Kiểm tra lại huyết động trước khi soi

Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện kỹ thuật soi đại tràng ống mềm: xin xem quy trình soi đại tràng toàn bộ
- Thực hiện kỹ thuật tiêm cầm máu: Bắt đầu tiêm dưới niê mạc ở rìa tổn thương. Nếu mạch máu ở trung tâm một ổ loét lớn và sâu thì sẽ tiêm dung dịch xung quanh mạch máu cũng như ở rìa tổn thương
- Thực hiện kỹ thuật kẹp clip: Lắp clip vào kìm sinh thiết và đưa kìm sinh thiết vào vị trí cần kẹp clip và phóng clip vào tổn thương.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy.
- Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn.
- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, chướng bụng, buồn nôn.
- Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0.14%-0.2%)
- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma
- Điều trị ngoại khoa là chính
- Điều trị bảo tồn trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: hút sạch dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Theo dõi sát để phẫu thuật kịp thời.

2. Nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh dự phòng ở người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh phải thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.
3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi
4. Phản xạ dây X: Atropin

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon. 121-164. Advanced Digestive Endoscopy
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel ., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. Saunders Elsevier
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). Harrisons Gastroenterology and Hepatology .

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một phương pháp chẩn đoán, đưa đèn soi mềm từ hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát tổn thương của toàn bộ đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả các trường hợp nghi ngờ bệnh lý đại tràng.

Chỉ định soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người mắc ung thư đại tràng
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Hemocult dương tính
- Ỉa chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân (soi để sinh thiết từng đoạn để chẩn đoán colite collagene)
- Ỉa chảy cấp tính
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường không rõ trên phim X Quang
- Đau dọc khung đại tràng chưa rõ nguyên nhân
- Chảy máu thấp chưa rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định k người bệnh có polyp, ung thư đại tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng do mọi nguyên nhân

Chỉ định soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng (và manh tràng)

Chỉ định soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp, nếu polyp lành tính, soi kiểm tra sau 3 năm, sau đó cứ 5 năm một lần
- Người bệnh viêm đại tràng có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng mạch vành cấp
- Tăng huyết áp chưa kiểm soát được
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng
- Nghi ngờ phình, tách động mạch chủ
- BN trong tình trạng suy hô hấp
- BN suy tim nặng
- BN rối loạn tâm thần không hợp tác
- Chống chỉ định tương đối: tụt huyết áp HA tâm trương < 90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Bệnh nhân được chuẩn bị làm sạch đại tràng trước. Người bệnh tối hôm trước khi soi ăn cháo. Người bệnh uống Fortran 3 gói pha với 3 lít nước trong vòng 2 tiếng trước khi nội

soi 6h. Sau khi đi vệ sinh sạch sẽ nội soi đại tràng. Nếu Người bệnh táo bón, cho người bệnh uống thuốc nhuận tràng Folax x 3 gói/ ngày trong 3 ngày.
- Chế độ ăn
- Ngừng các thuốc có chất sắt trước 3-4 ngày
- Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày
- Chuẩn bị đại tràng
- Có nhiều cách để rửa sạch đại tràng nhưng hiện nay người ta thấy dùng dung dịch uống Fortrans là hiệu quả nhất, loại trừ trường hợp người bệnh có biểu hiện bán tắc thì phải áp dụng phương pháp thụt rửa nhiều lần (3 lít nước muối sinh lý hoặc nước ấm)
- Dùng Fortrans có thể buồn nôn, nên dùng thuốc của nhóm Metoclopramid, Domperidon, Cisapride
- Đối với các người bệnh bị táo bón, có thể cho chuẩn bị bằng cách cho dùng thuốc nhuận tràng (Forlax) trong vài ngày trước soi
- Nếu người bệnh không uống được khối lượng nước lớn, người ta có thể đặt ống thông dạ dày rồi bơm dịch qua đó
- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Bộ máy nội soi đại tràng ống mềm và các phụ tùng đi kèm
- Kìm sinh thiết, dây cắt polyp
- Kìm lấy dị vật
- Kìm tiêm cầm máu
- Overtube
- Thuốc tiền mê

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Quy trình tiền mê do bác sĩ gây mê hồi sức – Khoa Ngoại thực hiện
- Kỹ thuật soi
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Ở tư thế nằm ngửa thì dễ áp dụng, dễ nhìn thấy ánh sáng qua thành bụng và người bệnh dễ thở hơn
- Còn ở tư thế nghiệng trái: dễ đưa đèn qua chỗ nối trực tràng-đại tràng sigma
- Bước đầu tiên: thăm hậu môn trực tràng rồi đưa đền vào sau khi đã bôi trơn máy bằng gel bôi trơn
- Soi đoạn trực tràng ít gặp khó khăn, có thể quan sát toàn bộ trực tràng khi phối hợp quay ngược máy
- Khó khăn đầu tiên là khi đưa đèn qua đại tràng sigma, đoạn này đại tràng rất lỏng lẻo, dễ tạo thành cuộn kiểu α. Khi đẩy máy, máy tiến lên cao ra phía trước trực tràng sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải rút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi
- Cuộn kiểu omega: đôi khi đưa đèn qua đại tràng sigma dễ tạo một góc nhọn ở chỗ nối đại tràng sigma và đại tràng xuống, phải thay đổi tư thế, hút hơi và ép hố chậu trái. Bình thường góc trái cách hậu môn 40-70 cm
- Góc lách đôi khi cuộn ngược, khó đẩy đèn, phải rút đèn quay ngược chiều kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế.
- Qua đại tràng ngang thường ít khó khăn, nhưng khi đoạn này quá dài phải hút hơi và ép bụng ở đại tràng sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng

- Phải cho đèn tới manh tràng bằng cách hút bớt hơi, ép vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng sigma hoặc đại tràng góc lách và thay đổi tư thế
- Để qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm căng manh tràng rồi rút đèn lên tới mép dưới van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào, hồi tràng dễ nhận biết vì hình ảnh niêm mạc hơi lần sần

Những khó khăn trong soi đại tràng có thể do 1 trong 5 nguyên nhân:

+ Sau khi phẫu thuật ở tiểu khung hoặc mổ đại tràng
+ Viêm túi thừa
+ Bất thường về giả phẫu: đại tràng quá dài
+ Ở các người bệnh quá béo, khó ép bụng hoặc ép không có kết quả
+ Những người bệnh gầy, bé

VI. THEO DÕI

- Theo dõi: toàn trạng Bệnh nhân trong quá trình làm thủ thuật
- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu khi lấy bệnh phẩm, thủng đại tràng, mạch chậm hoặc ngừng tim do cường phế vị), ghi vào phiếu trả kết quả hoặc cho bệnh nhân nhập viện xử trí tiếp tùy thuộc từng biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Các biến chứng soi đại tràng
- Thủng đại tràng: Hay gặp nhất 0,14-0,2 %
- Nguyên nhân: Hay liên quan tới dính sau mổ, túi thừa viêm nặng, viêm loét nặng, hẹp đại tràng, bác sỹ ít kinh nghiệm
- Vị trí hay thủng: đại tràng sigma
- Thủng có thể do: đưa đèn không đúng hướng, đứt dây dính, bơm hơi phối hợp với ép từ ngoài vào chỗ đại tràng bệnh lý, thủng túi thừa do bơm hơi quá căng
- Điều trị: ngoại khoa là chính
- Trừ trường hợp thủng diastatic, chúng ta có thể giữ điều trị nội khoa, nhưng chỉ trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: điều trị bằng hút sạch dịch, kháng sinh và nuôi dưỡng bằng truyền. Nếu theo dõi có các biến chứng: sốt, co cứng bụng, bạch cầu cao thì phải chuyển xử trí ngoại khoa.
- Nhiễm khuẩn huyết:
- Cần phải điều trị kháng sinh dự phòng ở các người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ chướng
- Chướng hơi nặng:
- Do bơm hơi nhiều, để đề phòng thủng phải chụp bụng không chuẩn bị
- Hút hết hơi
- Vasovagal reflex: mạch chậm, hạ huyết áp, lạnh chân tay. Điều trị: Atropin
- Biến chứng liên quan với tiền mê
- Biến chứng của soi đại tràng điều trị:
- Chảy máu sau cắt polyp: 0,7 - 2,24 %
- Thủng đại tràng: Khi cắt các polyp không cuống, cắt vào thành hoặc cường độ điện mạnh làm hoại tử thành.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nội soi tiêu hóa, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Nhà xuất bản y học.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Test tìm hồng cầu trong phân dương tính
- Iả chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Iả chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim XQ khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định k người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng

Nội soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng

Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp
- Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng Viêm phúc mạc Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng shock
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Chế độ ăn

Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g ngày trước soi
Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi

- Làm sạch đại tràng bằng 2 cách
+ Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans. Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ
Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng
+ Phương pháp thụt rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thụt sạch 3 lần trước khi soi
Chú ý: Đối với người bệnh bị táo bón cần dùng thuốc nhuận tràng 3 ngày trước khi soi: Forlax, Duphalac theo liều khuyến cáo
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động
- Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi

3. Thiết bị và dụng cụ

- 1 máy nội soi đại tràng ống mềm
- 1 kìm sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy
- Overtube
- Thuốc nhuộm màu để phát hiện tổn thương nghi ngờ: xanhmethylene, Indigocarmin,

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ
- Kiểm tra người bệnh
- Thực hiện kỹ thuật
- Nguyên tắc chung

Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh chướng hơi
Đưa đèn vào nhẹ nhàng và chỉ đưa máy khi đã nhìn rõ đường
Phải rút bớt máy và làm ngắn lại mỗi khi có thể thực hiện được
Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh
- Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Bước đầu tiên: thăm dò hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào khi đã bôi trơn bằng gel bôi trơn
- Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn
- Đưa máy qua đại tràng Sigma: có 2 kiểu cuộn
+ Cuộn kiểu alpha: khi đẩy máy, máy tiến lên cao, ra phía trước trực tràng, sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải hút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi
+ Cuộn kiểu gamma: thay đổi tư thế hút hơi và ép vào vùng hố chậu trái, bình thường góc trái cách hậu môn 40-70cm
- Đưa máy qua góc lách: - niêm mạc đại tràng vùng góc lách nhận biết dễ qua nội soi, khi khó đẩy đẻn phải rút đèn quay ngược kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế
- Qua đại tràng ngang: khi đoạn này quá dài phải hút bớt hơi và ép bụng ở vùng đại tràng Sigma
- Tới manh tràng: hút bớt hơi và ép vào vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng Sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng
- Qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm hơi căng manh tràng, rồi rút đèn lên tới mép van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào hồi tràng để nhận biết hồi tràng

VI. THEO DÕI

- Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy
- Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn
- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, chướng bụng, buồn nôn,
- Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0.14%-0.2%)
- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma
- Điều trị ngoại khoa là chính
- Điều trị bảo tồn trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: hút sạch dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Theo dõi sát để phẫu thuật kịp thời.

2. Nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh dự phòng ở người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh phải thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.
3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi
4. Phản xạ dây X: Atropin

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon. 121-164. Advanced Digestive Endoscopy
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. Saunders Elsevier.
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS. Fauci (2010). Harrisons Gastroenterology and Hepatology.

NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ ỐNG MỀM CÓ SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đại tràng là một kỹ thuật đưa một ống soi mềm qua hậu môn đi ngược lên đến manh tràng để quan sát toàn bộ niêm mạc đại tràng. Nếu cần thiết có thể tiến hành sinh thiết tổn thương ở đại tràng và một số thủ thuật như cắt polyp, lấy dị vật, tiêm cầm máu

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi đại tràng chẩn đoán

- Người bệnh có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư đại tràng
- Đi ngoài phân đen (soi dạ dày bình thường)
- Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân
- Test tìm hồng cầu trong phân dương tính
- Iả chảy kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- Tiêu chảy cấp tính
- Rối loạn phân
- Rối loạn đại tiện
- Kiểm tra những bất thường trên phim XQ khung đại tràng
- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Xuất huyết tiêu hóa thấp không rõ nguyên nhân
- Soi kiểm tra định kỳ người bệnh có polyp, ung thư đại trực tràng
- Bệnh túi thừa
- Các bệnh viêm đại tràng

Nội soi đại tràng điều trị

- Cắt polyp
- Lấy dị vật
- Cầm máu
- Nong chỗ hẹp
- Điều trị xoắn đại tràng

Nội soi đại tràng theo dõi

- Sau cắt polyp
- Có loạn sản nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng
- Viêm phúc mạc
- Suy tim
- Người bệnh nhồi máu cơ tim mới
- Mới phẫu thuật ở đại tràng, mổ ở tiểu khung
- Phình lớn động mạch chủ bụng
- Bệnh túi thừa cấp tính
- Người bệnh có tắc mạch phổi
- Tình trạng shock
- Người bệnh đang có thai (3 tháng đầu và 3 tháng cuối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Chế độ ăn

+ Ngừng các thuốc có chứa sắt 3-4g/ ngày trước soi
+ Ăn chế độ ăn không có chất xơ 1 ngày trước soi
- Làm sạch đại tràng bằng 2 cách:
+ Dùng thuốc nhuận tràng: Có nhiều loại thuốc nhưng hiện nay dùng Fortrans, Dùng 3 gói thuốc pha vào 3 lít nước đun sôi để nguội uống trước khi soi 6 giờ.
Chú ý: Nếu người bệnh có bán tắc hay tắc ruột không dùng thuốc nhuận tràng
+ Phương pháp thụt rửa: Nếu người bệnh không uống được thuốc nhuận tràng hoặc người bệnh có bán tắc ruột, thụt sạch 3 lần trước khi soi
Chú ý: Đối với người bệnh bị táo bón cần dùng thuốc nhuận tràng 3 ngày trước khi soi: Forlax, Duphalac theo liều khuyến cáo
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc tiền mê, giảm đau, giảm nhu động
- Người bệnh ký vào giấy đồng ý soi

3. Thiết bị và dụng cụ

- Máy nội soi đại tràng ống mềm
- Kìm sinh thiết phù hợp với kênh sinh thiết của máy
- Overtube

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nguyên tắc chung

- Bơm hơi vừa đủ và hút hơi thừa để tránh chướng hơi
- Đưa đèn vào nhẹ nhàng và chỉ đưa máy khi đã nhìn rõ đường Phải rút bớt máy và làm ngắn lại mỗi khi có thể thực hiện được Khi khó đưa máy phải thay đổi tư thế người bệnh.

Kỹ thuật soi

Tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc nghiêng trái
- Bước đầu tiên: thăm dò hậu môn, trực tràng rồi đưa đèn vào khi đã bôi trơn bằng gel bôi trơn
- Đưa máy qua trực tràng: ít gặp khó khăn
- Đưa máy qua đại tràng Sigma: có 2 kiểu cuộn
+ Cuộn kiểu alpha: khi đẩy máy, máy tiến lên cao, ra phía trước trực tràng, sau đó lại vòng xuống và ra sau. Phải hút hơi và quay đèn theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược lại và hút hơi.
+ Cuộn kiểu gamma: thay đổi tư thế hút hơi và ép vào vùng hố chậu trái, bình thường góc trái cách hậu môn 40-70cm.
- Đưa máy qua góc lách: - niêm mạc đại tràng vùng góc lách nhận biết dễ qua nội soi, khi khó đẩy đẻn phải rút đèn quay ngược kim đồng hồ hoặc thay đổi tư thế
- Qua đại tràng ngang: khi đoạn này quá dài phải hút bớt hơi và ép bụng ở vùng đại tràng Sigma.
- Tới manh tràng: hút bớt hơi và ép vào vùng đại tràng ngang hoặc đại tràng Sigma, đại tràng góc lách và giữa bụng.
- Qua van Bauhin: hướng đầu đèn xuống sâu hơn vị trí của van, sau đó bơm hơi căng manh tràng, rồi rút đèn lên tới mép van. Bơm hơi căng để mở lỗ van và đẩy đèn vào hồi tràng để nhận biết hồi tràng.
- Rửa tổn thương khi phân hay chất bẩn làm che lấp tổn thương
- Sinh thiết với tổn thương nghi ngờ: viêm loét, loạn sản, polyp

VI. THEO DÕI

- Người bệnh trong và sau khi quá trình soi được theo dõi liên tục trên monitoring về tình trạng huyết động và độ bão hòa oxy.

- Nếu người bệnh có dùng thuốc tiền mê theo dõi cho tới lúc tỉnh hoàn toàn
- Theo dõi mạch huyết áp và những triệu chứng như: đau bụng, chướng bụng, buồn nôn.
- Người bệnh có làm thủ thuật cần được theo dõi các triệu chứng báo động: đau bụng, ỉa ra máu.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

1. Thủng đại tràng: hay gặp nhất (0.14%-0.2%)
- Vị trí hay thủng: đại tràng Sigma
- Điều trị ngoại khoa là chính
- Điều trị bảo tồn trong trường hợp đại tràng chuẩn bị rất sạch: hút sạch dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Theo dõi sát để phẫu thuật kịp thời.

2. Nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh dự phòng ở người bệnh có nguy cơ cao: người bệnh phải thay van nhân tạo, người bệnh có suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

3. Trướng hơi nhiều: hút hết hơi.

4. Phản xạ dây X: Atropin.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon. 121-164. *Advanced Digestive Endoscopy*

2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. *Saunders Elsevier*

3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel

4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). Harrisons Gastroenterology and Hepatology.

NỘI SOI CAN THIỆP - TIÊM CẦM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp tiêm cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá. Biện pháp này có thể áp dụng cho tổn thương ở bất kể vị trí nào trong quá trình nội soi với ưu điểm là kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, có thể áp dụng dễ dàng. Cơ chế tác dụng dung dịch tiêm gồm nước muối sinh lý pha Adrenalin gây phồng lớp tổ chức dưới niêm mạc ép vào mạch máu đang chảy máu để làm cầm máu và Adrenalin gây co mạch tại chỗ. Tuy nhiên ngày nay không khuến cáo dùng đơn thuần phương pháp này mà phối hợp với các phương pháp cầm máu khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ loét niêm mạc ống tiêu hoá đang chảy máu hoặc có dấu hiệu vừa chảy máu có nguy cơ tái xuất huyết cao (Phân loại Forrest độ IA, IB, IIA, IIB).
- Rách tâm vị chảy máu
- Sau can thiệp qua nội soi tiêu hoá, tổn thương chảy máu hoặc có nguy cơ cao chảy máu có thể chỉ định tiêm cầm máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, Huyết áp dưới 90/60mmHg.
- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hoá
- Người bệnh không thể hợp tác được (bệnh lý tâm thần kinh), nếu bắt buộc soi phải sử dụng thuốc tiền mê
- Người bệnh có thai, nếu bắt buộc phải nội soi can thiệp phải giải thích trước cho người nhà và người bệnh các nguy cơ rủi ro cho thai và được sự đồng ý của người bệnh và gia đình, có ghi vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6h. Nếu <6 giờ và cần phải nội soi can thiệp ngay thì người bệnh phải được rửa dạ dày sạch trước soi.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải được hồi sức tích cực trước soi, bao gồm đặt đường truyền tĩnh mạch truyền dịch truyền máu để bù thể tích tuần hoàn, thở oxy kính, mắc monitor theo dõi trước khi làm nội soi. Người bệnh suy hô hấp, rối loạn ý thức phải được đặt nội khí quản, kiểm soát tình trạng hô hấp trước soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi: nên sử dụng kim có đầu vát ngắn khoảng 4 - 5mm.
- Thuốc tiêm cầm máu: nước muối sinh lý, Adrenalin 1/10.000 x 2 ống
- Bơm tiêm

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.
- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh.

- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường. Khi thấy tổn thương đang chảy máu hoặc đã chảy máu nhưng có nguy cơ tái phát chảy máu cao, hoặc cac tổn thương sau can thiệp thủ thuật gây chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu cao thì tiến hành tiêm cầm máu.

- Pha dung dịch Natriclorua và Adrenalin theo tỷ lệ Adrenalin 1mg/1ml + 9ml Natriclorua 0.9% vào xi lanh 10ml. Trong trường hợp không có Adrenalin, có thể sử dụng Natriclorua 0.9% đơn thuần, Natriclorua ưu trương hoặc nước cất.
- Nên tiêm mỗi lần 1 - 2ml vòng quanh rìa ổ loét. Nếu ổ loét lớn và xâu thì tiêm ở quanh vị trí gây chảy máu hoặc mạch máu nhìn thấy. Tối đa tiêm 20ml dung dịch Adrenalin và Natriclorua.
- Kiểm tra tổn thương sau tiêm cầm chảy máu.
- Nếu đánh giá thấy nguy cơ tái chảy máu cao, nên phối hợp thêm các biện pháp cầm máu khác như kẹp clip

VI. THEO DÕI

- Lưu ý người bệnh can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Tiêm cầm máu bằng Adrenalin đơn thuần có nguy cơ tái chảy máu cao hơn so với phối hợp yiêm cầm máu bằng Adrenalin với kẹp clip hoặc cầm máu bằng nhiệt. Vì vậy cần theo dõi kỹ người bệnh nhằm phát hiện kịp thời các trường hợp chảy máu lại để xử trí thích hợp.
- Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hóa.
- Các tác dụng phụ do Adrenalin: hầu như hiếm gặp.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy- Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005.*

NỘI SOI CAN THIỆP - KẸP CLIP CẦM MÀU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp kẹp clip cầm máu là một phương pháp can thiệp điều trị nhằm mục đích cầm chảy máu tổn thương qua nội soi ống tiêu hoá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ loét niêm mạc ống tiêu hoá đang chảy máu hoặc có dấu hiệu vừa chảy máu có nguy cơ tái xuất huyết cao (Phân loại Forrest độ IA, IB, IIA, IIB).
- Rách tâm vị chảy máu
- Sau can thiệp qua nội soi tiêu hoá, tổn thương chảy máu hoặc có nguy cơ cao chảy máu có thể chỉ định tiêm cầm máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn, Huyết áp dưới 90/60mmHg.
- Người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ, rối loạn nhịp tim phức tạp, tăng huyết áp không kiểm soát được, suy hô hấp.
- Các trường hợp nghi ngờ thủng ống tiêu hóa.
- Người bệnh không thể hợp tác được (bệnh lý tâm thần kinh), nếu bắt buộc soi phải sử dụng thuốc tiền mê.
- Người bệnh có thai, nếu bắt buộc phải nội soi can thiệp phải giải thích trước cho người nhà và người bệnh các nguy cơ rủi ro cho thai và được sự đồng ý của người bệnh và gia đình, có ghi vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Người bệnh phải nhịn ăn tối thiểu 6giờ. Nếu <6 giờ và cần phải nội soi can thiệp ngay thì người bệnh phải được rửa dạ dày sạch trước soi.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải được giải thích trước và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải được hồi sức tích cực trước soi, bao gồm đặt đường truyền tĩnh mạch truyền dịch truyền máu để bù thể tích tuần hoàn, thở oxy kính, mắc monitor theo dõi trước khi làm nội soi. Người bệnh suy hô hấp, rối loạn ý thức phải được đặt nội khí quản, kiểm soát tình trạng hô hấp trước soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Dàn máy nội soi, dây soi có kênh thủ thuật
- Clip cầm máu
- Thuốc tiền mê: Midazolam, Fentanyl trong trường hợp người bệnh kích thích cần sử dụng thuốc tiền mê

4. Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh sau khi tiến hành thủ thuật phải được ghi vào Phiếu kết quả nội soi để trả lại cho người bệnh.
- Giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật phải được lưu tối thiểu 6 tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành nội soi tiêu hoá thông thường.
- Khi thấy tổn thương đang chảy máu hoặc đã chảy máu nhưng có nguy cơ tái phát chảy máu cao, hoặc cac tổn thương sau can thiệp thủ thuật gây chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu cao thì tiến hành can thiệp kẹp clip cầm máu.

- Trường hợp chảy máu nhiều hạn chế trường nhìn, có thể tiêm cầm máu trước bằng Adrenalin
- Sau khi nhìn thấy điểm chảy máu, hoặc mạch máu, tiến hành kẹp clip. Có thể sử dụng nhiều clip cho đến khi kiểm soát được chảy máu.

VI. THEO DÕI

- Lưu ý người bệnh can thiệp trong tình trạng cấp cứu có nguy cơ rối loạn chức năng tuần hoàn, hô hấp. Luôn phải theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Theo dõi các biến chứng khác của nội soi tiêu hoá, đặc biệt là thủng ống tiêu hóa.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert, Hans Wilhelm Schreiber, “Therapeutic Endoscopy - Color atlas of operative techniques for the gastrointestinal tract”, *Thieme 2005.*

NỘI SOI CAN THIỆP - CẮT 1 POLYP ỐNG TIÊU HÓA < 1 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt poyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyps này.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp <1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu cầm máu.
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xin xem quy trình nội soi dạ dày).
- Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xin xem quy trình nội soi đại tràng)

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- 1 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 2 điều dưỡng

2. Bệnh nhân

- Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.
- Nếu là polyp ở thực quản, dạ dàđiều dưỡng tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ.
- Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.
- Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụt tháo sạch phân.
- Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và kí cam kết đồng ý soi.

3. Thiết bị và dụng cụ

- 01 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có 2 kênh hoạt động
- Thòng lọng cắt polyp với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.
- Tay nắm điều khiển
- Kìm gắp polyp ra ngoài
- Lưới đựng polyp
- Dụng cụ cầm máu: clip

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án đảm bảo đầy đủ xét nghiệm, chẩn đoán và chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ Kiểm tra xét nghiệm Nhóm máu
Công thức máu Tiểu cầu >50G/l
Đông máu cơ bản PT>60%
Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV
Kiểm tra người bệnh
Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt
Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra

Thực hiện kỹ thuật

Loại polyp có cuống

- Đưa thòng lọng đến vị trí polyp, mở thòng lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thòng lọng sát với cuống của polyp.
- Thắt từ từ thòng lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.

- Kiểm tra xem niêm mạc thành ống tiêu hóa có chui vào trong thòng lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thòng lọng phải để thòng lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thòng lọng ra và nhấc thòng lọng ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.
- Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thòng lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thòng lọng ra trùm vào đầu polyp.
- Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học.
- Dùng thòng lọng kéo polyp ra ngoài.
- Dùng kìm kẹp gắp polyp rồi kéo nó ra ngoài.
- Hút áp lực cao để polyp dính chặt vào đầu đèn soi và kéo ra ngoài cùng máy soi.
- Nếu polyp có kích thước nhỏ có thể hút polyp và hứng bằng lưới mà không cần phải rút máy soi.
- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

Loại polyp không cuống

- Cần tạo ra một cuống cho polyp: Dùng dung dịch Adrenalin 1/10.000 tiêm dưới niêm mạc để đẩy polyp lên, sau khi trùm thòng lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thòng lọng để chu vi của thòng lọng nhỏ hơn đầu của polyp, thòng lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp. Sau đó kéo thòng lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ niêm sẽ làm giảm nguy cơ thủng.

Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ

- Sau khi tạo được cuống polyp rồi, lấy polyp như phần trên.

Polyp nhỏ là những polyp có đường kính <6mm, có thể cắt polyp bằng kìm sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kìm sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi ngay sau cắt

Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ

Dặn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng đi ngoài ra máu

- Theo dõi lâu dài: Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp để kiểm tra.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

Chảy máu:

- Hay gặp nhất
- Xử trí:

+ Truyền máu và máu tự cầm.
+ Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi
+ Tiêm cầm máu, kẹp clip
+ Đầu dò nhiệt
+ Đốt điện hay máy APC.

Thủng

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.
- Phẫu thuật sớm

Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Cohen. (2007). Colon . 121-164. Advanced Digestive Endoscopy.
2. Wilcox CM., Munoz-Navas Miguel ., Sung JJY.(2008). Atlas of clinical gastrointestinal endoscopy. Saunders Elsevier.
3. Jerow D., Way MD., Dogulas KR et al (2009). Colonoscopy. Willey Blackwel
4. DanL Longo, AS.Fauci (2010). Harrisons Gastroenterology and Hepatology.

CHƯƠNG III:
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung điện liên tiếp tạo nên. Trong vật lý trị liệu thường sử dụng các dòng điện xung có dạng xung và tần số khác nhau một chiều (nửa sóng) và xoay chiều (cả sóng).

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau sau chấn thương, phẫu thuật, đau thần kinh, đau cơ, xương, khớp…
- Kích thích thần kinh cơ.
- Cải thiện tuần hoàn ngoại vi.
- Liệu pháp ion hóa (điện phân dẫn thuốc bằng xung một chiều)
- Điện phân thuốc cục bộ bằng dòng điện xung trung tần một chiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mang máy tạo nhịp tim.
- Sốt cao, khối u ác tính, bệnh lao đang tiến triển.
- Mất cảm giác ở vùng điều trị. Tổn thương da nơi đặt điều trị
- Viêm da khu trú, huyết khối, viêm tắc mạch
- Trực tiếp lên thai nhi

IV. CHUẨN BỊ

5. Người thực hiện:

- Bác sĩ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

6. Phương tiện: Máy và phụ kiện kèm theo.

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, dây đất nếu có.
- Chọn các thông số kỹ thuật
- Chọn và đặt điện cực theo chỉ định.

7. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh
- Tư thế người bệnh phải thoải mái (nằm hoặc ngồi).
- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị,

8. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt và cố định điện cực: theo chỉ định.
  + Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định.
  + Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết (cảm giác co bóp).
- Hết giờ tắt máy bằng tay hoặc tự động: Tháo điện cực kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh ghi hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng: Khi diều trị dòng xung một chiều xử trí theo phác đồ bỏng axit hoặc kiềm.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 20 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

ĐIỀU TRỊ BẰNG DÒNG ĐIỆN MỘT CHIỀU ĐỀU

I. ĐẠI CƯƠNG

Dòng điện một chiều đều (dòng Galvanic) là dòng điện có hướng và cường độ ổn định, không thay đổi theo thời gian.

Khi dòng điện một chiều đều đi qua cơ thể gây nên hiện tượng phân ly và chuyển dịch các ion, từ đó được ứng dụng trong điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau (cực dương).
- Tăng khả năng vận động (cực âm). Loại trừ một số ion thuốc tại chỗ khi cần tiêm
- cl2ca ra ngoài tĩnh mạch.
- Tăng cường dinh dưỡng, tuần hoàn (vùng giữa hai điện cực).
- Điều hòa các quá trình rối loạn về hưng phấn, ức chế của thần kinh trung ương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người mang máy tạo nhịp tim.
- Người bệnh bị ung thư.
- Người bệnh bị mẫn cảm với dòng điện một chiều.
- Suy tim độ III, chảy máu, nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh tinh thần kích động, mất cảm giác, động kinh, trẻ em dưới 6 tháng tuổi.
- Thận trọng với phụ nữ có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sĩ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

2. Phương tiện

- Máy điện thấp tần với các phụ kiện kèm theo như điện cực, tấm đệm điện cực, kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy. Kiểm tra dây nối đất.
- Dụng cụ phương tiện cấp cứu choáng.

3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Tư thế thoải mái, phù hợp với vùng điều trị

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị của chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bộc lộ vùng cần điều trị, đặt và cố định điện cực theo chỉ định.
- Tiến hành điều trị, tăng, giảm cường độ điều trị từ từ.
- Hết thời gian điều trị: tắt máy, tháo điện cực, ghi phiếu điều trị.

VI. THEO DÕI

- Phản ứng của người bệnh: toàn thân và tại chỗ.
- Theo dõi hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: tắt máy và xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng tại chỗ: ngừng điều trị, xử trí bỏng, kiểm tra hoạt động của máy, xử trí bỏng (do axit hoặc kiềm).
- Quá mẫn cảm: ngừng điều trị. Xử trí theo phác đồ

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁY KÉO GIÃN CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kéo giãn cột sống bằng máy dựa trên nguyên lý cơ học có điều chỉnh lực kéo, chế độ, thời gian theo chỉ định lên cột sống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa cột sống
- Thoát vị đĩa đệm
- Viêm cột sống dính khớp
- Hội chứng đau lưng và thắt lưng do nguyên nhân ngoại vi (cơ, dây chằng).
- Gù, vẹo và biến dạng cột sống

Người bệnh tăng huyết áp có chỉ định kéo dãn cột sống khi đã được kiểm soát HA bằng thuốc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thực thể cột sống: ung thư, lao, viêm tấy áp xe vùng lưng
- Chấn thương cột sống có gãy xương biến dạng
- Bệnh lý tủy sống và ống sống
- Thoái hóa cột sống có các cầu xương nối các đốt sống
- Viêm cột sống dính khớp nặng
- Loãng xương nặng
- Người bệnh suy kiệt
- Trẻ em < 6 tuổi
- Suy tim độ 3,4
- Trong cơn tăng huyết áp
- Phụ nữ có thai, đang có kinh nguyệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

2. Phương tiện:

- Máy kéo giãn cột sống cổ, hệ thống bàn kéo và các phụ kiện khác. Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy

3. Người bệnh

- Giải thích
- Cố định trên bàn hoặc ghế kéo đúng tư thế
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng công tắc an toàn

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị chuyên khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cố định đai kéo tùy theo vùng điều trị theo đúng chỉ định.
- Đặt các thông số trên máy tùy theo chỉ định (lực kéo, chế độ, thời gian) Kéo theo chương trình hay điều chỉnh bằng tay.
- Bấm nút kéo.
- Kết thúc điều trị: tháo bỏ đai cố định, thăm hỏi người bệnh để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ 5-10 phút, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh
- Tình trạng hoạt động của máy

VII. TAI BIẾN, XỬ TRÍ

- Đau chói vùng kéo giãn: ngừng kéo giãn, kiểm tra vùng đau, xử trí theo phác đồ.
- Đau tăng dần và kéo dài: kiểm tra vùng đau, ngừng kéo giãn hoặc giảm lực kéo.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 20 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

ĐIỀU TRỊ BẰNG PARAFIN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp điều trị truyền nhiệt trực tiếp bằng Parafin nóng. Parafin sử dụng trong y học phải trung tính, không lẫn hóa chất khác, độ nóng chảy 55-60° C

Có nhiều kỹ thuật điều trị parafin, chỉ đề cập điều trị parafin đắp ngoài

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau giãn cơ
- Viêm mạn tính
- Giãn mạch ngoại vi, tăng tuần hoàn cục bộ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cấp, nhiễm trùng cấp
- Đang truyền máu, đe dọa chảy máu
- Sốt cao, quá suy kiệt
- Di ứng với parafin, bệnh ngoài da
- Mất cảm giác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viện vật lý trị liệu

2. Vật liệu

- Parafin
- Nồi nấu parafin
- Khay đựng
- Các phụ kiện khác (khăn, nilon, bao cát, nhiệt kế, chổi quét)
- Giường hoặc ghế ngồi

3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm
- Tư thế người bệnh thoải mái, phù hợp

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị chuyên khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đun parafin nóng chảy đổ vào khay, ủ nóng để đắp theo quy định
- Bộc lộ vùng điều trị kiểm tra da, đặt miếng parafin phủ nilon, đắp khăn ủ và cố định bằng bao cát
- Kỹ thuật quét hoặc nhúng parafin nóng chảy cho các vùng theo chỉ định nhiều lần đến khi lớp parafin bọc ngoài dày 1 hoặc 2 mm theo chỉ định và quấn ủ khăn:
  + Thời gian theo chỉ định
  + Kết thúc điều trị: gỡ parafin kiểm tra lau khô, dặn dò người bệnh, ghi phiếu điều trị

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh
- Sau điều trị dị ứng mẩn ngứa

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng nhẹ (vùng da mỏng, trong parafin có nước): xử trí theo phác đồ
- Dị ứng với parafin: ngừng điều trị, xử trí theo phác đồ, kiểm tra parafin (có lẫn hóa chất không) cần làm sạch tuân theo quy định.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 20 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là sóng âm thanh có tần số trên 20.000 Hz. Trong điều trị thường dùng siêu âm tần số 1 và 3 MHz với tác dụng chính sóng cơ học, tăng nhiệt và sinh học.

Các kỹ thuật chính: trực tiếp, qua nước, siêu âm dẫn thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ.
- Giảm cơ.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ (siêu âm dẫn thuốc).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện: Máy điều trị siêu âm cùng các phụ kiện:

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, kiểm tra dây đất nếu có.
- Thuốc siêu âm (siêu âm dẫn thuốc), chậu nước (siêu âm qua nước) nếu cần.
- Kiểm tra tần phát siêu âm theo quy định (giọt nước).

3. Người bệnh

- Giải thích cho người.
- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi. Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị.

4. 4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các thông số kỹ thuật và cách điều trị theo chỉ định.
- Chọn gel thuốc theo chỉ định và tiến hành điều trị.
- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.
- Dự ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 15 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là sóng âm thanh có tần số trên 20.000 Hz. Trong điều trị thường dùng siêu âm tần số 1 và 3 MHz với tác dụng chính sóng cơ học, tăng nhiệt và sinh học.

Các kỹ thuật chính: trực tiếp, qua nước, siêu âm dẫn thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ.
- Giảm cơ.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ (siêu âm dẫn thuốc).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện: Máy điều trị siêu âm cùng các phụ kiện:

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, kiểm tra dây đất nếu có.
- Thuốc siêu âm (siêu âm dẫn thuốc), chậu nước (siêu âm qua nước) nếu cần.
- Kiểm tra tần phát siêu âm theo quy định (giọt nước).

3. Người bệnh

- Giải thích cho người.
- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi. Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các thông số kỹ thuật và cách điều trị theo chỉ định.
- Chọn gel thuốc theo chỉ định và tiến hành điều trị.
- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.
- Dự ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 15 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tập thụ động là hình thức tập được thực hiện bởi lực tác động bên ngoài do người tập hoặc các dụng cụ trợ giúp. Vận động thụ động nghĩa là phần cơ thể được vận động không có sự tham gia làm động tác vận động co cơ chủ động của người bệnh.

Kỹ thuật này được làm khi người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động của mình.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh không tự làm được động tác vận động.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có nguy cơ biến chứng do vận động thụ động gây ra:

- Gãy xương, can xương độ I hoặc II
- Các chấn thương mới (1-2 ngày đầu)
- Nguy cơ gãy xương như u xương, lao xương, lao khớp
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, tràn máu, tràn dịch khớp
- Các vết thương phần mềm quanh khớp chưa liền sẹo

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sỹ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu và những người đã được hướng dẫn thành thạo được đào tạo chuyên khoa.

2. Phương tiện:

- Bàn tập và các dụng cụ hỗ trợ cho tập luyện như gậy, ròng rọc, nẹp, túi cát…

3. Người bệnh:

- Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh từ lúc bắt đầu đến phục hồi chức năng và theo dõi quá trình tiến triển.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh thoải mái phù hợp với khớp cần tập.
- Không dùng lực bắt khớp cần tập vận động.
- Người làm kỹ thuật thực hiện vận động theo mẫu, theo tầm vận động bình thường của khớp, đoạn chi hoặc phần cơ thể đó.
- Tần suất thời gian một lần tập 15-20 phút cho một khớp, 1-2 lần/ngày, tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng thực tế của người bệnh.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi tập

- Phản ứng của người bệnh: khó chịu, đau.
- Các dấu hiệu chức năng sống: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Các thay đổi bất thường: nhiệt độ, màu sắc đoạn chi, tầm vận động, chất lượng vận động.

2. Sau khi tập

- Các dấu hiệu sống: mach, huyết áp, nhịp thở, tình trạng toàn thân chung.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ coi như tập quá mức.
- Nhiệt độ, mầu sắc da, tầm vận động, chất lượng vận động của đoạn chi cần tập.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi tập

- Đau: không tập vận động vượt quá tầm vận động bình thường của khớp hoặc chi đó.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở, gãy xương, trật khớp: ngừng tập và xử trí cấp cứu ngay.

2. Sau khi tập: xử trí phù hợp với tai biến xảy ra.

VIII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 20 phút.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng – Bộ Y tế

CHƯƠNG IV: Y HỌC CỔ TRUYỀN

QUY TRÌNH CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

Mất ngủ là tình trạng khó ngủ hoặc giảm về thời gian ngủ hoặc chất lượng giấc ngủ. Theo y học cổ truyền: mất ngủ thuộc chứng thất miên do hoạt động không điều hoà của ngũ chí (thần, hồn, phách, ý, trí).

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất ngủ do tâm căn suy nhược.
- Điều trị kết hợp trong các bệnh thuộc thể khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh cấp cứu.
- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Phong trì, Bách hội, Nội quan, Tam âm giao.
- Nếu do Tâm huyết hư thủy hoặc tâm dương vượng, thêm huyệt: Tâm du, Cách du.
- Nếu do Tâm – Tỳ khuy tổn, thêm huyệt: Tâm du, Cách du, Túc tam lý.
- Nếu do Tâm - Thận bất giao, thêm huyệt: Thận du.
- Nếu do Can huyết hư, thêm huyệt: Can du, Cách du.
- Nếu do Thận âm hư – Can, Đởm hoả vượng, thêm huyệt: Thận du, Can du, Cách du.
- Nếu do Vị khí không điều hoà, thêm huyệt: Thiên đột, Túc tam lý, Tỳ du, Vị du.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật:

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm

QUY TRÌNH CẤY CHỈ
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG – HÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng thắt lưng hông (đau thần kinh tọa) là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép… Theo y học cổ truyền, đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do: phong, hàn, thấp, hiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đởm gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị hội chứng thắt lưng hông (đau thần kinh tọa)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.
- Các bệnh cấp cứu.
- Cơ thể suy kiệt.
- Phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc các bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền, được cấp chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám và chẩn đoán bệnh có chỉ định cấy chỉ. Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc. Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Bên đau: Giáp tích L2-4, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiêu, Dương lăng tuyền, Thừa phù, Phong thị, Huyền chung, Thừa sơn, Địa ngũ hội, Túc tam lý, Thận du.
- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô

trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

- Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm.

QUY TRÌNH CẤY CHỈ
ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai là một bệnh danh, bao gồm tất cả những trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương là ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp.

Nguyên nhân gây viêm quanh khớp vai rất phức tạp. Những nguyên nhân tại chỗ thường là chấn thương, thói quen nghề nghiệp, viêm gân. Những nguyên nhân xa cơ thể là các bệnh của màng phổi, nhồi máu cơ tim, bệnh động mạch vành, các tổn thương thần kinh… Bệnh thường diễn biến kéo dài từ 6 tháng đến vài năm và hay để lại di chứng teo cơ, giảm sức vận động, hạn chế vận động của chi trên, ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động và các động tác tinh vi của cánh tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh khớp vai mọi lứa tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý do mạch máu, tim mạch, bệnh phổi gây nên.
- Các bệnh cấp cứu khác.
- Người bệnh bị bệnh gan thận nặng.
- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền, được cấp chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám và chẩn đoán bệnh có chỉ định cấy chỉ. Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc. Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Hợp cốc, Ngoại quan, Kiên tỉnh, Khúc trì, Kiên ngung, Kiên trinh, Kiên liêu, Tý nhu, Thiên tông, Điều khẩu.
- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

- Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm.

QUY TRÌNH CẤY CHỈ
ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau lưng 1 bên hay 2 bên cột sống là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, có thể chia làm 2 loại, đau lưng cấp và đau lưng mãn.

Đau lưng cấp thường do bị lạnh gây co cứng các cơ ở sống lưng, dây chằng cột sống bị viêm, bị phù nề, chèn ép vào dây thần kinh khi vác nặng sai tư thế, sang chấn vùng sống lưng.

Đau lưng mãn thường do viêm cột sống, thoái hóa cột sống, lao, ung thư, đau các nội tạng ở ngực, bụng, lan tỏa ra sau lưng. Cơ năng do động kinh, suy nhược thần kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau lưng ở mọi lứa tuổi.
- Đau cấp và mãn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các cấp cứu ngoại khoa.
- Bệnh nhân bị sốt kéo dài, mất nước, mất máu.
- Bệnh nhân bị suy tim, loạn nhịp tim.
- Đau lưng mãn do nguyên nhân lao, ung thư.
- Các bệnh cấp cứu khác.
- Người bệnh bị bệnh gan thận nặng.
- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Đau cột sống, cấy chỉ với các huyệt Giáp tích tương ứng với vùng đau, ngoài ra châm các huyệt: Đại chùy, Tích trung, Yêu du, Thận du, Tiểu trường du.
- Đau vùng bả vai: Giáp tích (D1-D3), Kiên tỉnh, Kiên liêu, Kiên ngoại du,
- Kiên trung du, Thiên tông.
- Đau vùng thắt lưng: Thận du, Thứ liêu, Đại trường du, Yêu dương quan, Giáp tích (L4, L5).

- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật:

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

- Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm

QUY TRÌNH CẤY CHỈ
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng đau vai gáy là bệnh hay gặp trên lâm sàng, bệnh liên quan đến bệnh lý đốt sống cổ. Tuỳ theo mức độ và vị trí tổn thương bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu, giảm trương lực các cơ tương ứng với các rễ thần kinh bị thương tổn chi phối.

Theo Y học cổ truyền, do tấu lý sơ hở phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây tổn thương kinh lạc, cản trở lưu thông khí huyết, gây đau. Bệnh lâu ngày gây tổn thương cân cơ gây yếu, teo cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng đau vai gáy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đau vai gáy trong bệnh cảnh có ép tuỷ cổ (viêm tuỷ, thoát vị đĩa đệm thể trung tâm, u tuỷ, rỗng tuỷ).
- Các bệnh cấp cứu.
- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Giáp tích C4 - C7, Thiên trụ, Khúc trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tông, Ngoại quan, Huyền chung, Đại trữ.
- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

- Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm

QUY TRÌNH CẤY CHỈ
ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính đau và biến dạng, không có biểu hiện của viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm, những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

Nguyên nhân chính của bệnh là quá trình lão hóa và tình trạng chịu áp lực quá tải và kéo dài của sụn khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau nhức, thoái hóa tất cả các khớp nhỡ và khớp lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị sốt kéo dài, mất nước, mất máu.
- Người bệnh có cấp cứu ngoại khoa.
- Người bệnh bị suy tim, loạn nhịp tim.
- Các bệnh cấp cứu khác.
- Người bệnh bị bệnh gan thận nặng.
- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.
- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.
- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên:

- Bác sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền, được cấp chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh.

2. Bệnh nhân:

- Người bệnh được khám và chẩn đoán bệnh có chỉ định cấy chỉ. Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc. Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

3. Thiết bị và dụng cụ:

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.
- Kim cấy chỉ.
- Chỉ tự tiêu.
- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.
- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các huyệt thường dùng:

- Khớp vai: Kiên tỉnh, Kiên liêu, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tông.
- Khớp khuỷu: Khúc trì, Thủ tam lý.
- Khớp cổ tay: Ngoại quan, Hợp cốc.
- Khớp háng: Trật biên, Hoàn khiêu, Thứ liêu, Giáp tích (L1, S1).
- Khớp gối: Huyết hải, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Túc tam lý, Lương khâu.
- Cột sống cổ: C1 – C7, Phong trì, Bách hội, Kiên trung du, Kiên ngoại du, Đại chữ.
- Cột sống thắt lưng: Giáp tích vùng lưng, Can du, Đởm du, Tỳ du, Vị du, Tâm du, Cách du, Thứ liêu, Giáp tích (L1, S), Đại trường du, Tiểu trường du, Yêu dương quan.
- Khớp cổ chân: Giải khê, Xung dương, Tam âm giao, Thái khê, Huyền chung, Côn lôn, Thái xung.

- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

2. Thủ thuật :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.
- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

3. Liệu trình điều trị:

- Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

- Chảy máu: Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.
- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).
- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.
- Vựng châm: Xử lý theo phác đồ vựng châm.

CHƯƠNG V: GÂY MÊ HỒI SỨC

CHỌC TỦY SỐNG ĐƯỜNG BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tuỷ sống là kĩ thuật dùng kim tiếp cận vùng cột sống thắt lưng để đưa vào một lượng thuốc tê vào khoang dưới nhện, nhằm mục đích vô cảm vùng chi phối thần kinh tại vị trí cần can thiệp thủ thuật và phẫu thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật trong phạm vi vô cảm an toàn của tê tuỷ sống
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Người bệnh từ chối
- Dị ứng thuốc tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc
- Rối loạn đông máu nặng
- Dừng các thuốc chống đông chọa đủ thời gian
- Bệnh lý van tim nặng (hẹp van hai lá nặng, van động mạch chủ nặng)
- Tăng áp lực nội sọ
- Vị trí đi kim tê tuỷ sống nhiễm hoá chất nguy cơ độc tuỷ (mực xăm)

2. Tương đối

- Động kinh điều trị không ổn định
- Người bệnh không hợp tác
- Cột sống thắt lưng gù hoặc vẹo
- Đang có ổ nhiễm trùng
- Nhiễm trùng huyết
- Phẫu thuật nguy cơ mất máu nhiều
- Phẫu thuật kéo dài
- Phẫu thuật nguy cơ gây huyết động không ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê tuỷ sống: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê tuỷ sống: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật gây tê.
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm hoặc ngồi

3. Thiết bị và dụng cụ

- Dung dịch sát khuẩn: alcohol 90^o hoặc 70^o hoặc Povidine 10%
- Săng lỗ vô khuẩn
- Bàn Mayo
- Kim tê tuỷ cột sống thắt lưng (kim Quincke hoặc kim Sprotte) đường kính 27G hoặc 25G
- Thuốc tê: bupivacain 0,5% (chế phẩm cho phép tê tuỷ sống)
- Thuốc cộng lực kéo dài thời gian tê, mức độ tê, và giảm đau (á phiện): fentanyl, sufentanyl, morphine,… (các chế phẩm cho phép tê tuỷ sống).
- Thuốc vận mạch gồm epherine, phenylepherine, adrenaline, thuốc phong bế phó giao cảm atropin.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê tuỷ sống
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật gây tê tủy sống

5. Người bệnh

- Tư thế ngồi, đầu cúi, cằm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
- Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cằm tì vào ngực.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Sát trùng vùng tê bằng dung dịch sát khuẩn: alcohol 90^o hoặc 70^o hoặc Povidine 10%
- Hỗ trợ giữ tư thế bệnh nhân
- Hỗ trợ rút thuốc tê tuỷ sống

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Sát khuẩn tay theo qui trình rửa tay ngoại khoa
- Mang găng vô khuẩn
- Sát trùng vùng tê tuỷ sống bằng dung dịch sát khuẩn: alcohol 90^o hoặc 70^o hoặc Povidine 10%. Nếu sát trùng bằng Povidine phải lau sạch povidine bằng cồn hoặc nước rửa vô khuẩn, nhằm tránh đưa lượng povidine vào khoang tuỷ sống.
- Rút thuốc tê và các thuốc á phiện để tê tuỷ sống đảm bảo tính vô khuẩn.
- Xác định mốc cột sống cần tê theo đường Tuffier (đường nối hai đỉnh mào chậu của bệnh nhân) tại khe cột sống L3-L4 hoặc L4-L5.
- Đi kim đường bên bằng kim tê tuỷ sống học cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước. Có thể đi kim dẫn đường (kim dẫn có sẵn hoặc kim 18G) xác định đường kim trước khi đi kim tê tuỷ sống.
- Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
- Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
- Kiểm tra nếu có dịch não tuỷ chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.
- Tuỳ theo mức độ tê muốn đạt và thời gian tác dụng thuốc tê của người thực hiện kĩ thuật mà có thế thay đổi về tư thế tê của bệnh nhân, liều lượng thuốc tê, thuốc á phiện phối hợp, kĩ thuật bơm thuốc, tốc độ bơm thuốc.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá mức độ tê
- Theo dõi huyết áp mỗi 1 hoặc 2 phút trong 15-20 phút đầu sau khi tê tuỷ sống. Mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng tê tuỷ sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động

và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động (theo thang điểm Bromage modification)

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51/2017
Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.
Hạ huyết áp, mạch chậm:	Điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrin, phenylephrine...) atropin và bù dịch. Nhằm đạt HA mục tiêu. Có thể dự phòng hạ HA bằng cách tiêm phenylephrine 50-100mcg hoặc epherine 3-6mg ngay sau khi bơm thuốc tê vào tuỷ sống.
Đau đầu	Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau, vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).
Buồn nôn và nôn	Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn (degas, metoclopramide, ức chế PPI)
Bí tiểu	Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
Gây tê tủy sống toàn bộ	Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
Các biến chứng khác: tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy.	Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương. Lâm sàng bệnh nhân mất khả năng cử động sau hơn 2-4 tiếng phải cân nhắc chẩn đoán các biến chứng ngay
Run	Sưởi ấm, nhóm bán á phiện (tramadol hoặc pethidine 25-30mg) tiêm tĩnh mạch
Gây tê thất bại	Chuyển phương pháp vô cảm

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 Quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH GÂY TÊ TUỶ SỐNG MỔ LẤY THAI Hội Gây mê-Hồi sức Việt nam (VSA) cập nhật lần 3: 12.2020
3. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

CHỌC TỦY SỐNG ĐƯỜNG GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tuỷ sống là kĩ thuật dùng kim tiếp cận vùng cột sống thắt lưng để đưa vào một lượng thuốc tê vào khoang dưới nhện, nhằm mục đích vô cảm vùng chi phối thần kinh tại vị trí cần can thiệp thủ thuật và phẫu thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật trong phạm vi vô cảm an toàn của tê tuỷ sống
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Người bệnh từ chối
- Dị ứng thuốc tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc
- Rối loạn đông máu nặng
- Dừng các thuốc chống đông chọa đủ thời gian
- Bệnh lý van tim nặng (hẹp van hai lá nặng, van động mạch chủ nặng)
- Tăng áp lực nội sọ
- Vị trí đi kim tê tuỷ sống nhiễm hoá chất nguy cơ độc tuỷ (mực xăm)

2. Tương đối

- Động kinh điều trị không ổn định
- Người bệnh không hợp tác
- Cột sống thắt lưng gù hoặc vẹo
- Đang có ổ nhiễm trùng
- Nhiễm trùng huyết
- Phẫu thuật nguy cơ mất máu nhiều
- Phẫu thuật kéo dài
- Phẫu thuật nguy cơ gây huyết động không ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê tuỷ sống: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê tuỷ sống: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật gây tê.
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm hoặc ngồi

3. Thiết bị và dụng cụ

- Dung dịch sát khuẩn: alcohol 90o hoặc 70o hoặc Povidine 10%
- Săng lỗ vô khuẩn
- Bàn Mayo
- Kim tê tuỷ cột sống thắt lưng (kim Quincke hoặc kim Sprotte) đường kính 27G hoặc 25G
- Thuốc tê: bupivacain 0,5% (chế phẩm cho phép tê tuỷ sống)
- Thuốc cộng lực kéo dài thời gian tê, mức độ tê, và giảm đau (á phiện): fentanyl, sufentanyl, morphine,… (các chế phẩm cho phép tê tuỷ sống).
- Thuốc vận mạch gồm epherine, phenylepherine, adrenaline, thuốc phong bế phó giao cảm atropin.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê tuỷ sống
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật gây tê tủy sống

5. Người bệnh

- Tư thế ngồi, đầu cúi, cằm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
- Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cằm tì vào ngực.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Sát trùng vùng tê bằng dung dịch sát khuẩn: alcohol 90^o hoặc 70^o hoặc Povidine 10%
- Hỗ trợ giữ tư thế bệnh nhân
- Hỗ trợ rút thuốc tê tuỷ sống

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Sát khuẩn tay theo qui trình rửa tay ngoại khoa
- Mang găng vô khuẩn
- Sát trùng vùng tê tuỷ sống bằng dung dịch sát khuẩn: alcohol 90^o hoặc 70^o hoặc Povidine 10%. Nếu sát trùng bằng Povidine phải lau sạch povidine bằng cồn hoặc nước rửa vô khuẩn, nhằm tránh đưa lượng povidine vào khoang tuỷ sống.
- Rút thuốc tê và các thuốc á phiện để tê tuỷ sống đảm bảo tính vô khuẩn.
- Xác định mốc cột sống cần tê theo đường Tuffier (đường nối hai đỉnh mào chậu của bệnh nhân) tại khe cột sống L3-L4 hoặc L4-L5.
- Đi kim đường giữa chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí chọc thông thường L3-L4 hoặc L4-L5. Có thể đi kim dẫn đường (kim dẫn có sẵn hoặc kim 18G) xác định đường kim trước khi đi kim tê tuỷ sống.
- Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
- Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
- Kiểm tra nếu có dịch não tuỷ chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.
- Tuỳ theo mức độ tê muốn đạt và thời gian tác dụng thuốc tê của người thực hiện kĩ thuật mà có thế thay đổi về tư thế tê của bệnh nhân, liều lượng thuốc tê, thuốc á phiện phối hợp, kĩ thuật bơm thuốc, tốc độ bơm thuốc.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá mức độ tê
- Theo dõi huyết áp mỗi 1 hoặc 2 phút trong 15-20 phút đầu sau khi tê tuỷ sống. Mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng tê tuỷ sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động

và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động (theo thang điểm Bromage modification)

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51/2017
Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.
Hạ huyết áp, mạch chậm:	Điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrin, phenylephrine...) atropin và bù dịch. Nhằm đạt HA mục tiêu. Có thể dự phòng hạ HA bằng cách tiêm phenylephrine 50-100mcg hoặc epherine 3-6mg ngay sau khi bơm thuốc tê vào tuỷ sống.
Đau đầu	Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau, vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).
Buồn nôn và nôn	kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn (degas, metoclopramide, ức chế PPI)
Bí tiểu	Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
Gây tê tủy sống toàn bộ	Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
Các biến chứng khác: tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy.	Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương. Lâm sàng bệnh nhân mất khả năng cử động sau hơn 2-4 tiếng phải cân nhắc chẩn đoán các biến chứng ngay
Run	Sưởi ấm, nhóm bán á phiện (tramadol hoặc pethidine 25-30mg) tiêm tĩnh mạch
Gây tê thất bại	Chuyển phương pháp vô cảm

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH GÂY TÊ TUỶ SỐNG MỔ LẤY THAI Hội Gây mê-Hồi sức Việt nam (VSA) cập nhật lần 3: 12.2020
3. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

ĐẶT MASK THANH QUẢN KINH ĐIỂN HOẶC TƯƠNG ĐƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt mask thanh quản nhằm mục đích thông khí cho người bệnh qua thiết bị mask thanh quản trên thanh môn. Qua đó người bệnh đảm bảo được cung cấp đủ oxy và thải đủ carbon dioxide lâu dài hiệu quả hơn thiết bị mask mặt, nhưng không biến chứng chứng nhiều như nội khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật
- Trong xử trí đường thở khó mà bệnh nhân không đặt được nội khí quản và cũng không thể thông khí lâu dài qua mask mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tuyệt đối với bệnh phẫu thuật chương trình, cấp cứu trì hoãn:

- Nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy.

Tương đối đối với tình huống cấp cứu

- Nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy.

Không có chống chỉ định với tình huống không thông khí được ở đường thở khó

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê tuỷ sống: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê tuỷ sống: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Thuốc vô cảm: fentanyl, midazolam, propofol, ketamine
- Mask thanh quản kinh điển hoặc thế hệ 2 (iGel, cobra)

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê tuỷ sống
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Tiêm thuốc theo y lệnh miệng của người thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị mask thanh quản phù hợp với kích thước theo cân nặng và khẩu kính hầu họng của người bệnh. Bôi trơn mask thanh quản bằng xylocain 5%.
- Với mask thanh quản kinh điển cần bơm thể tích 20ml vào bóng thanh môn.

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Thở oxy dự trữ đạt SpO2 100% trong 3 phút.
- Y lệnh tiêm thuốc vô cảm.
- Tiến hành đặt mask thanh quản khi hiệu quả thuốc vô cảm đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng đặt mask thanh quản.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ
Co thắt thanh môn	Làm nghiệm pháp ấn điểm Larson. Tiêm thêm thuốc mê tĩnh mạch cho bệnh nhân. Duy trì áp lực oxy cao
Chấn thương thanh môn và tổn thương thần kinh chi phối thanh quản	Hội chẩn điều trị với chuyên khoa tai mũi họng

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Miller’s anesthesia 9th Michael A. Gropper MD (Editor), Lars I. Eriksson MD (Editor), Lee A. Fleisher MD (Editor) and Jeanine P. Wiener-Kronish MD (Editor), Neal H. Cohen MD MPH MS (Editor), Kate Leslie MD (Editor), 2020.

ĐẶT MASK THANH QUẢN PROSEAL HOẶC TƯƠNG ĐƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt mask thanh quản nhằm mục đích thông khí cho người bệnh qua thiết bị mask thanh quản trên thanh môn. Qua đó người bệnh đảm bảo được cung cấp đủ oxy và thải đủ carbon dioxide lâu dài hiệu quả hơn thiết bị mask mặt, nhưng không biến chứng chứng nhiều như nội khí quản. Ngoài ra mask thanh quản Proseal giảm được nguy cơ viêm phổi hít ở những bệnh nhân có dạ dày đầy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật
- Trong xử trí đường thở khó mà bệnh nhân không đặt được nội khí quản và cũng không thể thông khí lâu dài qua mask mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tuyệt đối với bệnh phẫu thuật chương trình, cấp cứu trì hoãn:

- Nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy.

Tương đối đối với tình huống cấp cứu

- Nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy.

Không có chống chỉ định với tình huống không thông khí được ở đường thở khó

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê tuỷ sống: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê tuỷ sống: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Thuốc vô cảm: fentanyl, midazolam, propofol, ketamine
- Mask thanh quản kinh điển hoặc thế hệ 2 (iGel, cobra)

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê tuỷ sống
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Tiêm thuốc theo y lệnh miệng của người thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị mask thanh quản phù hợp với kích thước theo cân nặng và khẩu kính hầu họng của người bệnh. Bôi trơn mask thanh quản bằng xylocain 5%.

- Với mask thanh quản kinh điển cần bơm thể tích 20ml vào bóng thanh môn.

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Thở oxy dự trữ đạt SpO2 100% trong 3 phút.
- Y lệnh tiêm thuốc vô cảm.
- Tiến hành đặt mask thanh quản khi hiệu quả thuốc vô cảm đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng đặt mask thanh quản.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ
Co thắt thanh môn	Làm nghiệm pháp ấn điểm Larson. Tiêm thêm thuốc mê tĩnh mạch cho bệnh nhân. Duy trì áp lực oxy cao
Chấn thương thanh môn và tổn thương thần kinh chi phối thanh quản	Hội chẩn điều trị với chuyên khoa tai mũi họng

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Miller’s anesthesia 9th Michael A. Gropper MD (Editor), Lars I. Eriksson MD (Editor), Lee A. Fleisher MD (Editor) and Jeanine P. Wiener-Kronish MD (Editor), Neal H. Cohen MD MPH MS (Editor), Kate Leslie MD (Editor), 2020.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG CÓ VÒNG XOẮN KIM LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt nội khí quản dùng để đưa ống nội khí vào khí quản của bệnh nhân. Qua đó, có thể hỗ trợ thông khí cho bệnh bằng máy gây mê để đảm bảo thông khí đủ và cung cấp lượng khí mê hơi nhằm duy trì mê an toàn cho cuộc phẫu thuật và thủ thuật. Hơn nữa, đây là thủ thuật phục vụ trong hồi sức cấp cứu cho những bệnh nhân có chỉ định cần đặt nội khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê toàn diện qua nội khí quản cho một số phẫu thuật
- Bệnh nhân có chỉ định đặt ống nội khí quản trong một số tình huống cấp cứu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối với tình huống cấp cứu nhưng chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn:

- Chấn thương hàm mặt đầu mặt cổ
- Tổn thương cột sống cổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, các nhân viên y tế có mặt tại đó trong tình huống cấp cứu.
- Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, người có khả năng đặt nội khí quản trong tình huống cấp cứu

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm ngửa

3. Thiết bị và dụng cụ

- Thuốc an thần: midazolam, diazepam…
- Thuốc á phiện: fentanyl, sufentanil, remifentanyl…
- Thuốc mê tĩnh mạch: propofol, ketamine, etomidate…
- Thuốc giãn cơ: rocuronium, atracurium, vecuronium. Succinylcholin dùng trong đặt nội khí quản chuỗi nhanh cho bệnh nhân có nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy, nguy cơ được thở khó có dự báo hoặc không có dự báo.
- Đèn soi thanh quản
- Ống nội khí quản có chèn đủ kích cỡ.
- Mask mặt đủ kích cỡ
- Airway
- Băng cố định nội khí quản
- Ống nghe
- Thiết bị đo thán đồ (EtCO2) nếu có
- Thiết bị hỗ trợ thông khí: máy thở, máy gây mê, Ambu.
- Ống nẫng
- Ống nghe tim phổi
- Thiết bị hỗ trợ đường thở khó (stylet, bougies, đèn soi thanh quản mcCoy và lưỡi đèn camera nếu có)

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến

hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có nguy cơ dạ đầy
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Đủ tiêu chuẩn đặt nội khí quản
- Đánh giá nguy cơ hít sặc
- Đánh giá nguy cơ đường thở khó

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt nội khí quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Tiêm thuốc theo y lệnh miệng của người thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị mask mặt và ống nội khí quản phù hợp với kích thước người bệnh.

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Thở oxy dự trữ đạt SpO2 100% trong 3 phút. Thực hiện thủ thuật apneic oxygenation khi bắt đầu đặt đèn soi thanh quản cho những bệnh nhân có dự trữ phổi kém (béo phì, COPD) hoặc bệnh nhân không thể được cung cấp oxy dự trữ đủ.
- Ống nội khí quản có vòng xoắn kim loại được định hình bằng stylet
- Y lệnh tiêm thuốc mê tĩnh mạch, và thuốc giãn cơ. Tuỳ vào huyết động, tình trạng bệnh nhân, trang thiết bị hiện tại mà bác sĩ có thể cho y lệnh thuốc an toàn, phù hợp.
- Tiến hành đặt nội khí quản khi hiệu quả thuốc vô cảm và giãn cơ đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.
- Mở miệng, đặt đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhẫn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
- Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (người bệnh nhịn ăn không đủ, sản phụ trong tam cá nguyệt thứ 3, người bệnh có bệnh lý làm chậm tiêu thoát dạ dày ruột ví dụ như u môn vị, thủng tạng rỗng, hay đang được đặt sonde mũi thực quản dạ dày) (ấn sụ nhẫn 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
- Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
- Rút stylet trong ống nội khí quản
- Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
- Bơm bóng nội khí quản.
- Đo áp lực bóng chèn trong 20-30 cmH2O
- Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe âm phế bào đều hai bên phế trường và kết quả thán đồ (EtCO2) với 3 sóng liên tiếp đều nhau.
- Cố định ống bằng băng dính chống thấm nước (urgo) . Xác định độ sâu ống nội khí quản theo cánh mũi

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở, thán đồ liên

tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng đặt nội khí quản.
- Theo dõi chỉ định rút nội khí quản và sau khi rút nội khí quản
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	PHÒNG NGỪA
Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở	Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở. Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên. Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ	Đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn: Đảm bảo bệnh nhân nhịn ăn đủ:Thức ăn đặc nhịn 8 tiếng, sữa công thức 6 tiếng, nước ép trái cây và sữa mẹ nhịn 4 tiếng, nước trong nhịn 2 tiếng. Đặt nội khí quản chuỗi nhanh với bệnh nhân dạ dày đầy
Rối loạn huyết động Ngưng tim	Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp) Hồi sức tim phổi cơ bản hoặc nâng cao. Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.
Không đặt được ống nội khí quản - Đặt nhầm vào dạ dày + Nghe phổi không có rì rào phế nang, không đo được EtCO2	Xử lý theo qui trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác. Đặt lại ống nội khí quản.	Đánh giá lâm sàng bệnh nhân nguy cơ đường thở khó
Co thắt thanh - khí - phế quản + Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.	Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản và corticoid. Nếu không kiểm soát được hô hấp: áp dụng qui trình đặt ống nội khí quản khó.	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.

Chấn thương khi đặt ống + Chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở...	Xử trí tùy theo tổn thương, luôn đảm bảo cung cấp đủ oxy 100% cho bệnh nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần.
Các biến chứng về hô hấp - Gập, tụt, ống nội khí quản bị đẩy sâu vào một phổi, tụt hoặc hở hệ thống hô hấp, hết nguồn oxy, soda hết tác dụng dẫn tới thiếu oxy và ứ thán.	Đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.	Tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật và thủ thuật. Nghe hai phế trường trước khi cố định ống và sau khi thay đổi tư thế bệnh nhân đã được gây mê, bệnh nhân mất tri giác.
Biến chứng sau rút ống nội khí quản - Suy hô hấp sau khi rút ống nội khí quản do nhiều nguyên nhân - Đau họng khàn tiếng - Co thắt thanh - khí - phế quản - Viêm đường hô hấp trên - Hẹp thanh - khí quản	Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần. Rút nội khí quản khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn về hô hấp, tuần hoàn và tri giác. Đảm bảo về tính vô khuẩn trong ký thuật

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Miller’s anesthesia 9th Michael A. Gropper MD (Editor), Lars I. Eriksson MD (Editor), Lee A. Fleisher MD (Editor) and Jeanine P. Wiener-Kronish MD (Editor), Neal H. Cohen MD MPH MS (Editor), Kate Leslie MD (Editor), 2020.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt nội khí quản dùng để đưa ống nội khí vào khí quản của bệnh nhân. Qua đó, có thể hỗ trợ thông khí cho bệnh bằng máy gây mê để đảm bảo thông khí đủ và cung cấp lượng khí mê hơi nhằm duy trì mê an toàn cho cuộc phẫu thuật và thủ thuật. Hơn nữa, đây là thủ thuật phục vụ trong hồi sức cấp cứu cho những bệnh nhân có chỉ định cần đặt nội khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê toàn diện qua nội khí quản cho một số phẫu thuật
- Bệnh nhân có chỉ định đặt ống nội khí quản trong một số tình huống cấp cứu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối với tình huống cấp cứu nhưng chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn:

- Chấn thương hàm mặt đầu mặt cổ
- Tổn thương cột sống cổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, các nhân viên y tế có mặt tại đó trong tình huống cấp cứu.
- Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, người có khả năng đặt nội khí quản trong tình huống cấp cứu

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm ngửa

3. Thiết bị và dụng cụ

- Thuốc an thần: midazolam, diazepam…
- Thuốc á phiện: fentanyl, sufentanil, remifentanyl…
- Thuốc mê tĩnh mạch: propofol, ketamine, etomidate…
- Thuốc giãn cơ: rocuronium, atracurium, vecuronium. Succinylcholin dùng trong đặt nội khí quản chuỗi nhanh cho bệnh nhân có nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy, nguy cơ được thở khó có dự báo hoặc không có dự báo.
- Đèn soi thanh quản
- Ống nội khí quản có chèn đủ kích cỡ.
- Mask mặt đủ kích cỡ
- Airway
- Băng cố định nội khí quản
- Ống nghe
- Thiết bị đo thán đồ (EtCO2) nếu có
- Thiết bị hỗ trợ thông khí: máy thở, máy gây mê, Ambu.
- Ống nẵng
- Ống nghe tim phổi
- Thiết bị hỗ trợ đường thở khó (stylet, bougies, đèn soi thanh quản mcCoy và lưỡi đèn camera nếu có)

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.

- Kiểm tra bệnh nhân có nguy cơ dạ đầy
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Đủ tiêu chuẩn đặt nội khí quản
- Đánh giá nguy cơ hít sặc
- Đánh giá nguy cơ đường thở khó

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt nội khí quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Tiêm thuốc theo y lệnh miệng của người thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị mask mặt và ống nội khí quản phù hợp với kích thước người bệnh.

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Thở oxy dự trữ đạt SpO2 100% trong 3 phút. Thực hiện thủ thuật apneic oxygenation khi bắt đầu đặt đèn soi thanh quản cho những bệnh nhân có dự trữ phổi kém (béo phì, COPD) hoặc bệnh nhân không thể được cung cấp oxy dự trữ đủ.
- Y lệnh tiêm thuốc mê tĩnh mạch, và thuốc giãn cơ. Tuỳ vào huyết động, tình trạng bệnh nhân, trang thiết bị hiện tại mà bác sĩ có thể cho y lệnh thuốc an toàn, phù hợp.
- Tiến hành đặt nội khí quản khi hiệu quả thuốc vô cảm và giãn cơ đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.
- Mở miệng, đặt đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhẫn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
- Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (người bệnh nhịn ăn không đủ, sản phụ trong tam cá nguyệt thứ 3, người bệnh có bệnh lý làm chậm tiêu thoát dạ dày ruột ví dụ như u môn vị, thủng tạng rỗng, hay đang được đặt sonde mũi thực quản dạ dày) (ấn sụ nhẫn 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
- Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
- Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
- Bơm bóng nội khí quản.
- Đo áp lực bóng chèn trong 20-30 cmH2O
- Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe âm phế bào đều hai bên phế trường và kết quả thán đồ (EtCO2) với 3 sóng liên tiếp đều nhau.
- Cố định ống bằng băng dính. Xác định độ sâu ống nội khí quản theo cánh mũi

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở, thán đồ liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng đặt nội khí quản.
- Theo dõi chỉ định rút nội khí quản và sau khi rút nội khí quản
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động

và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	PHÒNG NGỪA
Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở	Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở. Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên. Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ	Đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn: Đảm bảo bệnh nhân nhịn ăn đủ:Thức ăn đặc nhịn 8 tiếng, sữa công thức 6 tiếng, nước ép trái cây và sữa mẹ nhịn 4 tiếng, nước trong nhịn 2 tiếng. Đặt nội khí quản chuỗi nhanh với bệnh nhân dạ dày đầy
Rối loạn huyết động Ngưng tim	Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp) Hồi sức tim phổi cơ bản hoặc nâng cao. Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.
Không đặt được ống nội khí quản - Đặt nhầm vào dạ dày + Nghe phổi không có rì rào phế nang, không đo được EtCO2	Xử lý theo qui trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác. Đặt lại ống nội khí quản.	Đánh giá lâm sàng bệnh nhân nguy cơ đường thở khó
Co thắt thanh - khí - phế quản + Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.	Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản và corticoid. Nếu không kiểm soát được hô hấp: áp dụng qui trình đặt ống nội khí quản khó.	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.
Chấn thương khi đặt ống + Chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở...	Xử trí tùy theo tổn thương, luôn đảm bảo cung cấp đủ oxy 100% cho bệnh nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần.
Các biến chứng về hô hấp - Gập, tụt, ống nội khí quản bị đẩy sâu vào một phổi, tụt hoặc hở hệ thống hô hấp, hết nguồn oxy, soda hết tác dụng dẫn tới thiếu oxy và ứ thán.	Đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.	Tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật và thủ thuật. Nghe hai phế trường trước khi cố định ống và sau khi thay đổi tư thế

		bệnh nhân đã được gây mê, bệnh nhân mất tri giác.
Biến chứng sau rút ống nội khí quản - Suy hô hấp sau khi rút ống nội khí quản do nhiều nguyên nhân - Đau họng khàn tiếng - Co thắt thanh - khí - phế quản - Viêm đường hô hấp trên - Hẹp thanh - khí quản	Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần. Rút nội khí quản khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn về hô hấp, tuần hoàn và tri giác. Đảm bảo về tính vô khuẩn trong ký thuật

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Miller's anesthesia 9th Michael A. Gropper MD (Editor), Lars I. Eriksson MD (Editor), Lee A. Fleisher MD (Editor) and Jeanine P. Wiener-Kronish MD (Editor), Neal H. Cohen MD MPH MS (Editor), Kate Leslie MD (Editor), 2020.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt nội khí quản dùng để đưa ống nội khí vào khí quản của bệnh nhân. Qua đó, có thể hỗ trợ thông khí cho bệnh bằng máy gây mê để đảm bảo thông khí đủ và cung cấp lượng khí mê hơi nhằm duy trì mê an toàn cho cuộc phẫu thuật và thủ thuật. Hơn nữa, đây là thủ thuật phục vụ trong phẫu thuật vùng miệng hầu họng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây mê toàn diện qua nội khí quản cho một số phẫu thuật vùng miệng hầu họng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối với tình huống cấp cứu nhưng chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn:

- Chấn thương hàm mặt đầu mặt cổ
- Tổn thương cột sống cổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, các nhân viên y tế có mặt tại đó trong tình huống cấp cứu.
- Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức, kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê, người có khả năng đặt nội khí quản trong tình huống cấp cứu

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm ngửa

3. Thiết bị và dụng cụ

- Thuốc an thần: midazolam, diazepam…
- Thuốc á phiện: fentanyl, sufentanil, remifentanyl…
- Thuốc mê tĩnh mạch: propofol, ketamine, etomidate…
- Thuốc giãn cơ: rocuronium, atracurium, vecuronium. Succinylcholin dùng trong đặt nội khí quản chuỗi nhanh cho bệnh nhân có nguy cơ hít sặc do dạ dày đầy, nguy cơ được thở khó có dự báo hoặc không có dự báo.
- Đèn soi thanh quản
- Ống nội khí quản có chèn đủ kích cỡ.
- Mask mặt đủ kích cỡ
- Airway
- Băng cố định nội khí quản
- Ống nghe
- Thiết bị đo thán đồ (EtCO2) nếu có
- Thiết bị hỗ trợ thông khí: máy thở, máy gây mê, Ambu.
- Ống nẵng
- Ống nghe tim phổi
- Thiết bị hỗ trợ đường thở khó (stylet, bougies, đèn soi thanh quản mcCoy và lưỡi đèn camera nếu có)

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có nguy cơ dạ đầy
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo

dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Đủ tiêu chuẩn đặt nội khí quản
- Đánh giá nguy cơ hít sặc
- Đánh giá nguy cơ đường thở khó

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt nội khí quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Tiêm thuốc theo y lệnh miệng của người thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị mask mặt và ống nội khí quản phù hợp với kích thước người bệnh.

7. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,

- Thở oxy dự trữ đạt SpO2 100% trong 3 phút. Thực hiện thủ thuật apneic oxygenation khi bắt đầu đặt đèn soi thanh quản cho những bệnh nhân có dự trữ phổi kém (béo phì, COPD) hoặc bệnh nhân không thể được cung cấp oxy dự trữ đủ.
- Y lệnh tiêm thuốc mê tĩnh mạch, và thuốc giãn cơ. Tuỳ vào huyết động, tình trạng bệnh nhân, trang thiết bị hiện tại mà bác sĩ có thể cho y lệnh thuốc an toàn, phù hợp.
- Tiến hành đặt nội khí quản khi hiệu quả thuốc vô cảm và giãn cơ đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.
- Chọn bên mũi thông và nhỏ thuốc co mạch cuốn mũi (naphazolin, otrivine…)
- Chọn cỡ ống nội khí quản nhor hơn so với miệng. Luồn ống nội khí quản đã được bôi trơn bằng xylocain 5%.
- Mở miệng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhẫn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
- Trường hợp thuận lợi: luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi ống nội khí quản đi qua hai dây thanh âm 2-3 cm. Dùng kìm Magill hướng đầu ống nội khí quản cào đúng lỗ thanh môn; người phụ đẩy ống nội khí quản từ bên ngoài trong trường hợp khó.
- Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng
- Bơm bóng nội khí quản với áp lực bóng chèn 20-30 cmH2O
- Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả EtCO2
- Cố định ống bằng băng dính.
- Trong trường hợp khó: áp dụng và đảm bảo nguyên tắc trong xử trí đường thở khó.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở, thán đồ liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi biến chứng đặt nội khí quản.
- Theo dõi chỉ định rút nội khí quản và sau khi rút nội khí quản
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	PHÒNG NGỪA
Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở	Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở. Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên. Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ	Đối với phẫu thuật chương trình và cấp cứu trì hoãn: Đảm bảo bệnh nhân nhịn ăn đủ: Thức ăn đặc nhịn 8 tiếng, sữa công thức 6 tiếng, nước ép trái cây và sữa mẹ nhịn 4 tiếng, nước trong nhịn 2 tiếng. Đặt nội khí quản chuỗi nhanh với bệnh nhân dạ dày đầy
Rối loạn huyết động Ngưng tim	Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp) Hồi sức tim phổi cơ bản hoặc nâng cao. Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.
Không đặt được ống nội khí quản - Đặt nhầm vào dạ dày + Nghe phổi không có rì rào phế nang, không đo được EtCO2	Xử lý theo qui trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác. Đặt lại ống nội khí quản.	Đánh giá lâm sàng bệnh nhân nguy cơ đường thở khó
Co thắt thanh - khí - phế quản + Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.	Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản và corticoid. Nếu không kiểm soát được hô hấp: áp dụng qui trình đặt ống nội khí quản khó.	Đảm bảo bệnh nhân mê đủ sâu và đủ thời gian tiềm phục thuốc giãn cơ.
Chấn thương khi đặt ống + Chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở...	Xử trí tùy theo tổn thương, luôn đảm bảo cung cấp đủ oxy 100% cho bệnh nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần.
Các biến chứng về hô hấp - Gập, tụt, ống nội khí quản bị đẩy sâu vào một phổi, tụt hoặc hở hệ thống hô hấp, hết nguồn oxy, soda hết tác dụng dẫn tới thiếu oxy và ứ thán.	Đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.	Tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật và thủ thuật. Nghe hai phế trường trước khi cố định ống và sau khi thay đổi tư thế bệnh nhân đã được gây

		mê, bệnh nhân mất tri giác.
Biến chứng sau rút ống nội khí quản - Suy hô hấp sau khi rút ống nội khí quản do nhiều nguyên nhân - Đau họng khàn tiếng - Co thắt thanh - khí - phế quản - Viêm đường hô hấp trên - Hẹp thanh - khí quản	Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân	Đảm bảo thao tác kỹ thuật đặt nhẹ nhàng, hạn chế đặt nhiều lần. Rút nội khí quản khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn về hô hấp, tuần hoàn và tri giác. Đảm bảo về tính vô khuẩn trong ký thuật

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Miller's anesthesia 9th Michael A. Gropper MD (Editor), Lars I. Eriksson MD (Editor), Lee A. Fleisher MD (Editor) and Jeanine P. Wiener-Kronish MD (Editor), Neal H. Cohen MD MPH MS (Editor), Kate Leslie MD (Editor), 2020.

KỸ THUẬT GÂY TÊ CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tê thần kinh cổ tay, mục đích đưa lượng thuốc tê với khu vực đám rối thần kinh để phong bế việc dẫn truyền cảm giác; từ các cơ quan phân bố cảm giác lên trung ương. Qua đó, có thể thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tại các vị trí cơ quan đó, và điều trị đau không đáp ứng với thuốc giảm đau toàn thân hoặc có chống chỉ định với thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối gây tê
- Dị ứng với thuốc tê
- Yếu liệt vùng chi cần gây tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Rối loạn đông máu
- Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...Hồ sơ bệnh án
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml.

Bảng 1

Liều thuốc tê đối đa phòng ngừa ngộ độc thuốc tê		
Thuốc tê	**Không pha adrenaline**	**Có pha adrenaline**
Lidocain	5mg/kg	7mg/kg
Bupivacaine	2.5mg/kg	3mg/kg
Ropivacaine	3mg/kg	3mg/kg
Levobupivacacine	2mg/kg	3mg/kg

- Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh (tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1); giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê.
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường giữa các cơ bậc thang
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, để ngửa cổ tay
- Mốc giải phẫu: động mạch quay, lồi củ quay, nhánh mu của động mạch quay, hõm lào

7. Điểm chọc:

+ Kỹ thuật gây tê thần kinh quay: xác định củ quay xương quay, đâm kim bơm khoảng 5mL thể tích thuốc tê.

+ Kỹ thuật gây tê thần kinh quay nhánh mu bàn tay: xác định nhánh mu củ động mạch quay trọng hõm lào, sau đó cách khoảng 1cm nằm tại vị trí củ quay xương quay đâm kim bơm khoảng 5ml thể tích thuốc tê.

+ Kỹ thuật gây tê thần kinh trụ: xác lồi củ xương trụ, vị trí đâm kim là đâm kim xuyên qua bao gân gấp cổ tay trụ 5-10mm bơm 5ml thể tích thuốc tê

+ Kỹ thuật gây tê nhánh mu thần kinh trụ: vị trí đâm kim nằm trên củ trụ mặt mu tay, bơm 5ml thể tích thuốc tê.

+ Kỹ thuật tê thần kinh giữa cổ tay: vị trí đâm kim ở giữa gân gấp cổ tay dài và gân gấp cổ tay quay, bơm 5mL thể tích thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác, vận động.
- Theo dõi biến chứng ngộ độc thuốc tê, các biến chứng của tê vùng
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	DỰ PHÒNG
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51 của Bộ Y tế	Khai thác tiền căn dị ứng trước đó nếu có

Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain	Đảm bảo an toàn khi bơm thuốc tê để tránh thuốc tê bơm trực tiếp vào mạch maú Tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1. giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...
Nhiễm trùng	Kháng sinh, phẫu thuật, xử trí theo tinh thần hội chẩn chuyên khoa	Đảm bảo tuân thủ nguyên tác vô trùng
Huyết khối (Hematoma)	Băng ép nơi chọc kim. Nếu có dấu hiệu chèn ép thần kinh đám rối, hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Băng ép giữ 5 phút nếu chạm động mạch. Hạn chế đâm kim tê nhiều lần Tuân thủ thời gian chờ nhóm thuốc chống đông máu Gây tê theo hướng dẫn máy siêu âm Sử dụng kim tê có khẩu kính nhỏ
Tổn thương thần kinh Yếu liệt , dị cảm vùng thần kinh chi phối	Hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Không được bơm thuốc nếu áp lực bơm trên 15 psi (thiết bị đo áp lực bơm nếu có) Không bơm thuốc khi bệnh nhân đau tăng lên nhiều Hạn chế biến chứng: gây tê theo hướng dẫn máy kích thích, máy siêu âm (nếu có)

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

KỸ THUẬT GÂY TÊ
ĐÁM RỐI CÁNH TAY ĐƯỜNG NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tê đám rối thần kinh cánh tay qua gây tê qua đường nách, mục đích đưa lượng thuốc tê với khu vực đám rối thần kinh để phong bế việc dẫn truyền cảm giác; từ các cơ quan phân bố cảm giác lên trung ương. Qua đó, có thể thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tại các vị trí cơ quan đó, và điều trị đau không đáp ứng với thuốc giảm đau toàn thân hoặc có chống chỉ định với thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối gây tê
- Dị ứng với thuốc tê
- Bệnh lý hô hấp, COPD mức độ nặng, dự trữ chức năng hô hấp trung bình (hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn)
- Liệt hoành
- Yếu liệt vùng chi cần gây tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Rối loạn đông máu
- Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml.

Bảng 1

Liều thuốc tê đối đa phòng ngừa ngộ độc thuốc tê		
Thuốc tê	**Không pha adrenaline**	**Có pha adrenaline**
Lidocain	5mg/kg	7mg/kg
Bupivacaine	2.5mg/kg	3mg/kg
Ropivacaine	3mg/kg	3mg/kg
Levobupivacacine	2mg/kg	3mg/kg

- Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh (tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1); giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê.
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường giữa các cơ bậc thang
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, mặt quay sang bên đối diện, cánh tay dạng trên 90 độ, cẳng tay gấp 90 độ so với cánh tay.
- Mốc giải phẫu: động mạch nách.
- Điểm chọc:

  + Kỹ thuật không xuyên mạch: tìm động mạch nách ở ngay phía trong cơ nhị đầu, phía trên chỗ bám của cơ ngực lớn vào cánh tay, dùng hai ngón tay đè giữ trên động mạch hoặc đẩy động mạch xuống dưới. Dùng kim số 23G chọc sát bờ trên động mạch ở vị trí đập rõ nhất, hướng kim đi lên dọc theo thành ngoài của nách và song song với trục cánh tay, có dấu hiệu mất sức cản khi đi vào bao thần kinh, hút bơm tiêm xem có máu hay không rồi từ từ bơm thuốc.

  + Kỹ thuật xuyên mạch: xác định động mạch nách nhọ trên, dùng kim nhỏ 24G chọc xuyên qua động mạch nách, hút không ra máu, hút kiểm tra sau khi bơm mỗi 3-5 ml, bơm một nửa thể tích thuốc tê. Rút lui kim ra khỏi động mạch, bơm hết lượng thuốc tê còn lại (không khuyến khích thực hiện kỹ thuật này).

  + Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: mốc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu kích thích thần kinh với 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.

  + Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.

- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác, vận động.
- Theo dõi biến chứng ngộ độc thuốc tê, các biến chứng của tê vùng
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	DỰ PHÒNG
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51 của Bộ Y tế	Khai thác tiền căn dị ứng trước đó nếu có
Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain	Đảm bảo an toàn khi bơm thuốc tê để tránh thuốc tê bơm trực tiếp vào mạch maú Tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1. giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...
Nhiễm trùng	Kháng sinh, phẫu thuật, xử trí theo tinh thần hội chẩn chuyên khoa	Đảm bảo tuân thủ nguyên tác vô trùng
Huyết khối (Hematoma)	Băng ép nơi chọc kim. Nếu có dấu hiệu chèn ép thần kinh đám rối, hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Băng ép giữ 5 phút nếu chạm động mạch. Hạn chế đâm kim tê nhiều lần Tuân thủ thời gian chờ nhóm thuốc chống đông máu Gây tê theo hướng dẫn máy siêu âm Sử dụng kim tê có khẩu kính nhỏ
Tổn thương thần kinh Yếu liệt , dị cảm vùng thần kinh chi phối	Hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Không được bơm thuốc nếu áp lực bơm trên 15 psi (thiết bị đo áp lực bơm nếu có) Không bơm thuốc khi bệnh nhân đau tăng lên nhiều Hạn chế biến chứng: gây tê theo hướng dẫn máy kích thích, máy siêu âm (nếu có)

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI CỔ NÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tê đám rối thần kinh cổ nông, mục đích đưa lượng thuốc tê với khu vực đám rối thần kinh để phong bế việc dẫn truyền cảm giác; từ các cơ quan phân bố cảm giác lên trung ương. Qua đó, có thể thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tại các vị trí cơ quan đó, và điều trị đau không đáp ứng với thuốc giảm đau toàn thân hoặc có chống chỉ định với thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật vùng cô
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối gây tê
- Dị ứng với thuốc tê
- Bệnh lý hô hấp, COPD mức độ nặng, dự trữ chức năng hô hấp trung bình (hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn)
- Liệt hoành
- Yếu liệt vùng chi cần gây tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Rối loạn đông máu
- Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml.

Bảng 1

Liều thuốc tê đối đa phòng ngừa ngộ độc thuốc tê		
Thuốc tê	**Không pha adrenaline**	**Có pha adrenaline**
Lidocain	5mg/kg	7mg/kg
Bupivacaine	2.5mg/kg	3mg/kg
Ropivacaine	3mg/kg	3mg/kg
Levobupivacacine	2mg/kg	3mg/kg

- Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh (tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỷ loại thuốc tê ở bảng 1); giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê.
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường giữa các cơ bậc thang
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
- Mốc giải phẫu: bờ sau cơ ức đòn chủm, đoạn 3/5-4/5 từ xoang chủm
- Điểm chọc: bờ sau cơ ức đòn chủm, đoạn 3/5-4/5 từ xoang chủm
- Hướng kim: đi vuông góc với điểm chọc độ sâu 1-2cm nhưng không vượt quá 2.5cm.
- Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,
- Y lệnh tiêm thuốc vô cảm.
- Tiến hành đặt mask thanh quản khi hiệu quả thuốc vô cảm đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác, vận động.
- Theo dõi biến chứng ngộ độc thuốc tê, các biến chứng của tê vùng
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	DỰ PHÒNG
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51 của Bộ Y tế	Khai thác tiền căn dị ứng trước đó nếu có
Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain	Đảm bảo an toàn khi bơm thuốc tê để tránh thuốc tê bơm trực tiếp vào mạch maú Tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1. giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...
Nhiễm trùng	Kháng sinh, phẫu thuật, xử trí theo tinh thần hội chẩn chuyên khoa	Đảm bảo tuân thủ nguyên tác vô trùng
Huyết khối (Hematoma)	Băng ép nơi chọc kim. Nếu có dấu hiệu chèn ép thần kinh đám rối, hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Băng ép giữ 5 phút nếu chạm động mạch. Hạn chế đâm kim tê nhiều lần Tuân thủ thời gian chờ nhóm thuốc chống đông máu Gây tê theo hướng dẫn máy siêu âm Sử dụng kim tê có khẩu kính nhỏ
Tổn thương thần kinh Yếu liệt , dị cảm vùng thần kinh chi phối	Hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Không được bơm thuốc nếu áp lực bơm trên 15 psi (thiết bị đo áp lực bơm nếu có) Không bơm thuốc khi bệnh nhân đau tăng lên nhiều Hạn chế biến chứng: máy siêu âm (nếu có)
Tê tuỷ sống cao	Xử trí biến chứng theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu tê tuỷ cao	Không đi kim sâu quá 2.5cm Gây tê dưới hướng dẫn máy siêu âm (nếu có).
Liệt hoành	Hồi phục khi hết thuốc tê	Không tê bệnh nhân có bệnh lý hô hấp để tránh biên chứng suy hô hấp

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI CỔ SÂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tê đám rối thần kinh cổ nông, mục đích đưa lượng thuốc tê với khu vực đám rối thần kinh để phong bế việc dẫn truyền cảm giác; từ các cơ quan phân bố cảm giác lên trung ương. Qua đó, có thể thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tại các vị trí cơ quan đó, và điều trị đau không đáp ứng với thuốc giảm đau toàn thân hoặc có chống chỉ định với thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật vùng cô
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối gây tê
- Dị ứng với thuốc tê
- Bệnh lý hô hấp, COPD mức độ nặng, dự trữ chức năng hô hấp trung bình (hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn)
- Liệt hoành
- Yếu liệt vùng chi cần gây tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Rối loạn đông máu
- Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml.

Bảng 1

Liều thuốc tê đối đa phòng ngừa ngộ độc thuốc tê		
Thuốc tê	**Không pha adrenaline**	**Có pha adrenaline**
Lidocain	5mg/kg	7mg/kg
Bupivacaine	2.5mg/kg	3mg/kg
Ropivacaine	3mg/kg	3mg/kg
Levobupivacacine	2mg/kg	3mg/kg

- Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh (tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỷ loại thuốc tê ở bảng 1); giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê.
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường giữa các cơ bậc thang
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
- Mốc giải phẫu: bờ sau cơ ức đòn chủm, đoạn 3/5-4/5 từ xoang chủm
- Điểm chọc: bờ sau cơ ức đòn chủm, đoạn 3/5-4/5 từ xoang chủm
- Hướng kim: đi vuông góc với điểm chọc độ sâu 1-2cm nhưng không vượt quá 2.5cm.
- Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên. Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,
- Y lệnh tiêm thuốc vô cảm.
- Tiến hành đặt mask thanh quản khi hiệu quả thuốc vô cảm đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác, vận động.
- Theo dõi biến chứng ngộ độc thuốc tê, các biến chứng của tê vùng
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	DỰ PHÒNG
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51 của Bộ Y tế	Khai thác tiền căn dị ứng trước đó nếu có
Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain	Đảm bảo an toàn khi bơm thuốc tê để tránh thuốc tê bơm trực tiếp vào mạch maú Tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1. giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...
Nhiễm trùng	Kháng sinh, phẫu thuật, xử trí theo tinh thần hội chẩn chuyên khoa	Đảm bảo tuân thủ nguyên tác vô trùng
Huyết khối (Hematoma)	Băng ép nơi chọc kim. Nếu có dấu hiệu chèn ép thần kinh đám rối, hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Băng ép giữ 5 phút nếu chạm động mạch. Hạn chế đâm kim tê nhiều lần Tuân thủ thời gian chờ nhóm thuốc chống đông máu Gây tê theo hướng dẫn máy siêu âm Sử dụng kim tê có khẩu kính nhỏ
Tổn thương thần kinh Yếu liệt , dị cảm vùng thần kinh chi phối	Hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Không được bơm thuốc nếu áp lực bơm trên 15 psi (thiết bị đo áp lực bơm nếu có) Không bơm thuốc khi bệnh nhân đau tăng lên nhiều Hạn chế biến chứng: máy siêu âm (nếu có)
Tê tuỷ sống cao	Xử trí biến chứng theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu tê tuỷ cao	Không đi kim sâu quá 2.5cm Gây tê dưới hướng dẫn máy siêu âm (nếu có).
Liệt hoành	Hồi phục khi hết thuốc tê	Không tê bệnh nhân có bệnh lý hô hấp để tránh biên chứng suy hô hấp

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

KỸ THUẬT TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG GIAN CƠ BẬC THANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tê đám rối thần kinh cánh tay qua gây tê cơ bậc thang, mục đích đưa lượng thuốc tê với khu vực đám rối thần kinh để phong bế việc dẫn truyền cảm giác; từ các cơ quan phân bố cảm giác lên trung ương. Qua đó, có thể thực hiện các thủ thuật và phẫu thuật tại các vị trí cơ quan đó, và điều trị đau không đáp ứng với thuốc giảm đau toàn thân hoặc có chống chỉ định với thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm cho một số phẫu thuật
- Giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối gây tê
- Dị ứng với thuốc tê
- Bệnh lý hô hấp, COPD mức độ nặng, dự trữ chức năng hô hấp trung bình (hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn)
- Liệt hoành
- Yếu liệt vùng chi cần gây tê
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
- Rối loạn đông máu
- Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian
- Không đủ phương tiện hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên

- Người hỗ trợ chuẩn bị bệnh nhân tê: Kỹ thuật viên gây mê, cử nhân gây mê
- Người thực hiện kỹ thuật tê: bác sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức

2. Bệnh nhân

- Được giải thích về kĩ thuật
- Chuẩn bị tư thế cho bệnh nhân nằm.

3. Thiết bị và dụng cụ

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml.

Bảng 1

Liều thuốc tê đối đa phòng ngừa ngộ độc thuốc tê		
Thuốc tê	**Không pha adrenaline**	**Có pha adrenaline**
Lidocain	5mg/kg	7mg/kg
Bupivacaine	2.5mg/kg	3mg/kg
Ropivacaine	3mg/kg	3mg/kg
Levobupivacacine	2mg/kg	3mg/kg

- Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh (tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1); giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thông tin hành chính, checklist bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi tiến hành vô cảm.
- Kiểm tra bệnh nhân có chỉ định và chống chỉ định tê.
- Đã có sinh hiệu hiện tại bệnh nhân tại phòng phẫu thuật và thủ thuật, có thiết bị theo dõi thông số gồm SpO2, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Thuốc, trang thiết bị đặt nội khí quản và vô cảm toàn diện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Kỹ thuật đặt mask thanh quản

5. Người bệnh

- Nằm ngửa.

6. Người hỗ trợ chuẩn bị:

- Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đoạờng giữa các cơ bậc thang
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
- Mốc giải phẫu: khe hai cơ bậc thang trước và giữa; đường ngang qua mức sụn nhẫn.
- Điểm chọc: là điểm giao cắt giữa đường thẳng đi qua sụn nhẫn và khe giữa các cơ bậc thang.
- Hướng kim: đi từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, từ trước ra sau, tránh tĩnh mạch cảnh ngoài. Đẩy kim từ từ cho tới khi thấy dị cảm hoặc có phản ứng vận động của các nhóm cơ cánh tay, cẳng tay hoặc bàn tay; rút lui kim 1-2mm. Trước khi bơm thuốc phải tuân thủ nguyên tắc hút thử xem có máu và khí, nếu không có mới được bơm thuốc. Hút lại sau khi bơm mỗi 3-5ml thuốc tê.
- Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: mốc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu co cơ ở các nhóm cơ tương ứng với dây thần kinh chi phối ở cường độ 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.
- Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.Người thực hiện kỹ thuật: đội mũ, đeo khẩu trang,
- Y lệnh tiêm thuốc vô cảm.
- Tiến hành đặt mask thanh quản khi hiệu quả thuốc vô cảm đạt tối ưu hoặc bệnh nhân không kích thích với đáp ứng đau.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp mỗi 5 phút sau đó trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mạch, SpO2, ECG (3 hoặc 5 chuyển đạo tuỳ chỉnh), tần số thở liên tục trong suốt quá trình diễn ra cuộc phẫu thuật và thủ thuật.
- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác, vận động.
- Theo dõi biến chứng ngộ độc thuốc tê, các biến chứng của tê vùng
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁC XỬ TRÍ

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	DỰ PHÒNG
Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.	Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo thông tư 51 của Bộ Y tế	Khai thác tiền căn dị ứng trước đó nếu có
Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.	Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain	Đảm bảo an toàn khi bơm thuốc tê để tránh thuốc tê bơm trực tiếp vào mạch maú Tuân thủ ngưỡng liều gây độc tuỳ loại thuốc tê ở bảng 1. giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...
Nhiễm trùng	Kháng sinh, phẫu thuật, xử trí theo tinh thần hội chẩn chuyên khoa	Đảm bảo tuân thủ nguyên tác vô trùng
Huyết khối (Hematoma)	Băng ép nơi chọc kim. Nếu có dấu hiệu chèn ép thần kinh đám rối, hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Băng ép giữ 5 phút nếu chạm động mạch. Hạn chế đâm kim tê nhiều lần Tuân thủ thời gian chờ nhóm thuốc chống đông máu Gây tê theo hướng dẫn máy siêu âm Sử dụng kim tê có khẩu kính nhỏ
Tổn thương thần kinh Yếu liệt , dị cảm vùng thần kinh chi phối	Hội chẩn chuyên khoa xử trí theo tinh thần hội chẩn	Không được bơm thuốc nếu áp lực bơm trên 15 psi (thiết bị đo áp lực bơm nếu có) Không bơm thuốc khi bệnh nhân đau tăng lên nhiều Hạn chế biến chứng: gây tê theo hướng dẫn máy

		kích thích, máy siêu âm (nếu có)
Tê tuỷ sống cao	Xử trí biến chứng theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu tê tuỷ cao	Gây tê theo hướng dẫn máy kích thích: khi cường độ dòng điện dưới 0.2 mA nên lùi kim lại sao cho thần kinh đáp ứng kích thích vẫn đảm bảo, nhưng cường độ dòng điện trên 0.2 mA Tránh bơm thuốc nếu áp lực bơm nhẹ như áp lực bơm vào khoang ngoài màng cứng hoặc khoang màng nhện Gây tê dưới hướng dẫn máy siêu âm (nếu có).
Liệt hoành	Hồi phục khi hết thuốc tê	Không tê bệnh nhân có bệnh lý hô hấp để tránh biên chứng suy hô hấp

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 500 quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức, Bộ Y tế, ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-KCB.
2. Spinal anesthesia, NYSORA, Adrian Chin and André van Zundert, Copyright 2023.

CHƯƠNG VI: MẮT

CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI BẰNG LASER

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt mống mắt ngoại vi bằng laser là sử dụng năng lượng của máy laser tạo một lỗ thủng có đường kính khoảng 0,5mm ở chu biên mống mắt nhằm giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử.

II. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm góc đóng nguyên phát khi các góc còn mở > 180^0.
- Những trường hợp có dính mống mắt gây nghẽn đồng tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Giác mạc quá phù hoặc giác mạc mờ đục, trợt giác mạc, loét giác mạc.
- Viêm màng bồ đào tiến triển.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong cắt mống mắt ngoại vi.

3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc co đồng tử trước phẫu thuật.
- Sau khi mống mắt đã co tốt, nhỏ thuốc gây tê tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án

- 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

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

a. Những trường hợp mống mắt mỏng hoặc trung bình

- Đặt mức năng lượng cần điều trị tùy theo mức độ dầy hay mỏng của mống mắt.
- Đặt số lượng xung trong 1 lần điều trị là 1 xung.
- Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra trước hay sau tiêu điểm (tùy theo mức độ dày của mống mắt, độ sâu tiền phòng, vị trí của lỗ cắt ra sát chân mống mắt hay xa chân mống mắt).
- Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi.
- Chỉnh kích thước của chùm tia Héne sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất.
- Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được mống mắt và 2 điểm đỏ của chùm Héne.
- Đặt kính tiếp xúc.
- Chọn vị trí mống mắt: nơi mống mắt mỏng nhất, tránh vùng tương ứng với vòng động mạch của mống mắt, tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ (để tránh hiện tượng song thị do lỗ mở mống mắt).
- Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héne trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

- Có thể cắt 1 hoặc 2 lỗ tùy theo mức độ tổn thương bệnh lý của người bệnh.

b. Những trường hợp đặc biệt

- Đối với những mắt mống mắt quá dày, hoặc mống mắt sung huyết, tân mạch mống mắt: trước khi cắt mống mắt nên quang đông vùng mống mắt cần cắt bằng laser quang đông như đối với laser tạo hình mống mắt theo các bước sau:
- Đặt kính tiếp xúc vào mắt.
- Thực hiện laser trên mống mắt chu biên (càng sát chân mống mắt càng tốt).
- Cắt mống mắt chu biên bằng laser tại vị trí nốt quang đông.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại.
  + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần 4 /ngày, trong 1tuần)
  + Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg x 1v/ ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn giao cảm x 2 lần trong ngày trong 1 tuần).
  + Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu tiền phòng; Tổn thương giác mạc; Tiền phòng vẩn đục bởi sắc tố, không quan sát được vùng cần cắt mống mắt.…

PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỦNG GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc là một phẫu thuật tạo lỗ rò, với mục đích tạo một đường thông từ tiền phòng vào khoang dưới kết mạc giúp dẫn lưu thủy dịch và hạ nhãn áp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm góc mở: không còn đáp ứng với thuốc và laser hoặc chống chỉ định với việc dùng thuốc hoặc không có khả năng dùng thuốc.
- Glôcôm góc đóng: khi góc đóng trên một nửa chu vi, hoặc những trường hợp không thành công với điều trị laser.
- Glôcôm bẩm sinh.
- Glôcôm thứ phát nhãn áp không điều chỉnh với thuốc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh cấp tính tại toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.
- Tình trạng kết mạc và củng mạc không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ vi phẫu.
- Hiển vi phẫu thuật.
- Thuốc: sát trùng, gây tê, thuốc tiêm, tra sau phẫu thuật.

3. Người bệnh

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Tra mắt bằng betadin 5%, kháng sinh trước phẫu thuật.
- Đánh dấu mắt phẫu thuật.
- Trước phẫu thuật 1 - 2 giờ, người bệnh được tra betadin 5%, kháng sinh, uống acetazolamid 0,25g x 2 viên.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Bộc lộ vùng phẫu thuật: đặt chỉ cơ trực trên hoặc chỉ giác mạc để bộc lộ vùng rìa trên. Vùng phẫu thuật có thể ở chính giữa 12 giờ hoặc lệch về góc phần tư mũi trên hoặc thái dương trên. Trong những trường hợp đặc biệt có thể chọn vùng khác.
- Mở kết mạc:
  + Mở kết mạc sát rìa đáy quay về cùng đồ.
  + Hoặc mở kết mạc cùng đồ (cách rìa từ 8 - 10mm) đáy quay về rìa.
- Tạo vạt củng mạc: có thể tạo vạt củng mạc hình chữ nhật hoặc hình tam giác. Vạt hình chữ nhật 3 x 4mm, chiều sâu bằng - 3/4 chiều dày củng mạc. Với các trường hợp có nguy cơ tái phát cao có thể áp thuốc chống chuyển hóa.
- Chọc tiền phòng, hạ nhãn áp từ từ.
- Cắt bè củng mạc kích thước 1 x 2mm: rạch hai đường song song, cách nhau 1mm.

Đường thứ nhất: ranh giới giữa vùng trắng củng mạc và vùng rìa xám (tương đương với cựa củng mạc), đường thứ hai nằm vào ranh giới vùng xám rìa và vùng trong suốt của giác mạc (tương đương với đường schwalbe) sau đó dùng kéo cắt hai đầu.

- Cắt mống mắt chu biên: dùng kẹp phẫu tích cặp vuông góc với mống mắt kéo ra và dùng kéo cắt sát nền củng mạc.
- Khâu phục hồi nắp củng mạc. Các mũi chỉ có độ chặt vừa phải, cho phép thủy dịch thấm rỉ khi bơm nước tạo tiền phòng sâu hơn bình thường.
- Khâu phục hồi kết mạc.
- Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hoặc bằng hơi qua đường chọc tiền phòng.
- Tiêm kháng sinh và corticoid.

VI. THEO DÕI HẬU PHẪU

Điều trị thuốc chung.

- Chống viêm steroid tra tại chỗ 4 - 6 lần, trong 4 - 6 tuần.
- Kháng sinh tại chỗ 2 tuần đầu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xơ hóa dưới kết mạc; Tắc miệng trong lỗ rò do mống mắt hoặc do máu; Bọng dẹt nhãn áp thấp; Nhãn áp thấp do viêm màng bồ đào hoặc giảm tiết thủy dịch; Bong hắc mạc; Tách thể mi; Bong võng mạc; Sẹo quá bọng; Xuất huyết tiền phòng: tìm nguyên nhân để xử lý.

LASER TẠO HÌNH GÓC TIỀN PHÒNG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Laser tạo hình góc tiền phòng tác động quang đông vùng chân mống mắt gây co rút nhu mô của mống mắt làm chân mống mắt dẹt xuống và tách ra khỏi mạng lưới bè củng giác mạc giúp mở rộng góc tiền phòng, giải quyết được tình trạng nghẽn góc trong glôcôm góc đóng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính (đồng tử đáp ứng tốt với pilocarpin)
- Glôcôm góc đóng nguyên phát mạn tính (góc tiền phòng đóng, dính dưới nửa chu vi).
- Glôcôm hội chứng mống mắt phẳng.
- Phối hợp với laser tạo hình vùng bè.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phù đục giác mạc nhiều không quan sát rõ mống mắt.
- Tiền phòng quá nông.
- Glôcôm thứ phát do viêm màng bồ đào, glôcôm tân mạch, glôcôm do chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Máy laser diode, argon bước sóng 532...
- Kính tiếp xúc Goldmann một hoặc ba mặt gương, kính Abraham.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện:
  + Khám chức năng: thử thị lực, đo nhãn áp, đo thị trường.
  + Khám đánh giá giai đoạn glôcôm, tình trạng tiền phòng, góc tiền phòng, các bệnh lý kèm theo.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình hiểu lý do laser và tiên lượng của laser.

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. Chuẩn bị người bệnh trước laser

- Tra thuốc co đồng tử.
- Gây tê bề mặt.

4. Kỹ thuật laser

- Hướng dẫn người bệnh ngồi vào máy ở tư thế thoải mái, tựa cằm và trán trên giá đỡ.
- Đặt kính tiếp xúc vào mắt.
- Cài đặt thông số laser phù hợp
- Thực hiện laser trên mống mắt chu biên (càng sát chân mống mắt càng tốt) với số lượng vết đốt từ 24 - 32 nốt chia đều trên toàn bộ chu vi.
- Tháo kính tiếp xúc và tra mắt bằng dung dịch khán sinh.

VI. THEO DÕI

- Tra 1 giọt thuốc hạ nhãn áp như ức chế giao cảm (Timolol 0,5%, betoptic 0,5%...) hoặc cường giao cảm (Alphagan, brimonidin) ngay sau laser.

- Tra thuốc có corticosteroid 6 lần /ngày trong ngày đầu và 3 lần /ngày trong 3 - 5 ngày tiếp theo.

- Theo dõi nhãn áp, thị trường, tình trạng góc tiền phòng, đĩa thị định kỳ.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Viêm mống mắt: thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc tra corticosteroid.

- Bỏng nội mô giác mạc: thường tự hết sau vài ngày.

- Tăng nhãn áp: điều trị bằng thuốc tra hạ nhãn áp như ức chế giao cảm (Timolol 0,5%, betoptic 0,5%....) hoặc cường giao cảm (Alphagan, brimonidin...).

- Dãn đồng tử: có thể tự hết và thường kém đáp ứng với pilocarpin.

PHẪU THUẬT CẮT MỐNG MẮT NGOẠI VI (CHU BIÊN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt mống mắt ngoại vi tạo điều kiện cho thủy dịch lưu thông từ hậu phòng ra tiền phòng để giải quyết tình trạng nghẽn đồng tử.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị dự phòng mắt thứ hai khi mắt thứ nhất đã bị glôcôm góc đóng.
- Glôcôm góc đóng khi góc tiền phòng đóng dưới chu vi.
- Trên mắt không có thể thủy tinh, đồng tử nghẽn do dịch kính.
- Mống mắt dày không thể thực hiện được laser cắt mống mắt chu biên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có kèm theo các bệnh viêm nhiễm tại mắt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do phẫu thuật và tiên lượng của 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. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Hạ nhãn áp: uống trước phẫu thuật 1 giờ: acetazolamid 0,25g x 2 viên.
- Tra mắt thuốc co đồng tử trước phẫu thuật 1 giờ.
- Phòng nhiễm trùng mắt: tra thuốc kháng sinh, betadin 5% trước phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu (2 - 3 lần cách nhau khoảng 1 - 2 phút).
- Cố định hai mi bằng vành mi.
- Phẫu tích kết mạc từ rìa giác mạc hoặc giác mạc phía 11 giờ hoặc 13 giờ. Đốt cầm máu củng mạc.
- Dùng lưỡi dao mở giác mạc sát rìa vào tiền phòng dài 2mm.
- Dùng kẹp phẫu tích gắp và cắt mống mắt ngoại vi.
- Rửa sạch sắc tố mống mắt ở mép phẫu thuật. Dùng spatule gạt cho đồng tử tròn đều và kiểm tra qua hiển vi phẫu thuật xem mống mắt đã được cắt hết lớp chưa.
- Kéo kết mạc xuống phủ kín mép phẫu thuật.
- Tiêm kháng sinh cạnh nhãn cầu và tra mỡ kháng sinh.
- Băng vô trùng.

VI. THEO DÕI

- Thay băng mắt hàng ngày.
- Tra mắt thuốc kháng sinh, corticoid.

Lưu ý: Nếu có sắc tố mống mắt ở diện đồng tử chỉ tra thuốc dãn đồng tử nhanh, tuyệt đối không tra atropin.

Ngày sau phẫu thuật người bệnh có thể ra viện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

- Chảy máu: cầm máu.
- Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn cần kết hợp kháng sinh toàn thân liều cao.

PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU THỂ THỦY TINH BẰNG LASER

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở bao sau bằng laser là tạo một lỗ thủng ở trung tâm bao sau có đường kính khoảng (3 - 4mm) tương ứng với lỗ đồng tử nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những mắt có đục bao sau thể thủy tinh mức độ 2 và 3 thị lực ≤ 3/10.
- Những mắt có đục bao sau độ 1, thị lực > 3/10 nhưng có rối loạn chức năng ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh: nhìn lóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật dưới 8 tuần.
- Những mắt có kèm các bệnh lý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong mở bao sau: Capsulotomy Yag Laser Lens.
- Chuẩn bị khởi động máy.
- Chuẩn bị kính tiếp xúc và chất nhầy.
- Thuốc dãn đồng tử: loại thuốc tác dụng nhanh.
- Thuốc gây tê bề mặt kết giác mạc.
- Thuốc kháng sinh rửa mắt sau điều trị, bông vô trùng.

3. Người bệnh

- Khám chức năng: đo thị lực, nhãn áp, siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.
- Khám lâm sàng để xác định tình trạng vị trí đồng tử, mức độ đục bao sau.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc dãn đồng tử, nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu.

4. Hồ sơ bệnh án

- Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Khởi động máy.
- Đặt mức năng lượng cần điều trị: mức năng lượng lần đầu thường đặt khoảng 1,2mJ. Số lượng là 1 xung trong 1 phát bắn. Chỉnh độ phóng đại của máy sinh hiển vi. Chỉnh kích thước của chùm tia Héne sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất. Chỉnh độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được bao sau và 2 điểm đỏ của chùm Héne. Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra sau tiêu điểm.
- Đặt kính tiếp xúc. Chọn vị trí mở đầu tiên tại nơi bao mỏng và cách xa IOL nhất. Chỉnh sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Héne trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.
- Mức năng lượng cho xung đầu tiên với đục mức độ 1 là 1,2mJ, mức độ 2 là 1,5; mức độ 3 là 1,7mJ. Nếu xung đầu tiên không kết quả, tăng thêm 0,2mJ/ xung.
- Mở bao theo đường tròn kích thước 2,5 - 3,5mm (vì sau mở bao lỗ mở có thể rộng thêm khoảng 0,5mm).

VI. THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại:
  + Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần 4 /ngày, trong 1 tuần).
  + Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg x 1v/ ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn giao cảm x 2 lần trong ngày trong 1 tuần).
  + Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao, bong võng mạc.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Để tránh tổn thương IOL (Vết chấm trên IOL): chú ý mở bao theo đường tròn, các vết bắn cách tâm đồng tử 1 - 1,5mm. Những trường hợp bao sau đục dày và dính chặt với IOL nên chỉnh chùm tia ra phía sau bao để tránh tổn hại IOL.
- Tiền phòng vẩn đục chất thể thủy tinh, không quan sát được vùng cần cắt: ngừng điều trị, hẹn người bệnh tới điều trị bổ sung vào ngày sau đó.

THỦ THUẬT ĐẶT ỐNG SILICON LỆ MŨI ĐIỀU TRỊ HẸP VÀ TẮC LỆ ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật đặt ống silicon lệ mũi (ống được luồn từ điểm lệ qua lệ quản, túi lệ, ống lệ mũi và kết thúc ở ngách mũi dưới) là kỹ thuật bảo tồn đường lệ, mục đích điều trị hẹp lệ đạo ở giai đoạn sớm (đặc biệt là hẹp lệ quản và điểm lệ) và tắc lệ đạo bẩm sinh. Ống silicon có tác dụng tạo hình lại lòng ống của đường lệ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em: các trường hợp tắc lệ đạo bẩm sinh đã được điều trị nội khoa, day nắn và thông, nong lệ đạo không có kết quả.
- Người lớn: hẹp lệ đạo đặc biệt hẹp lệ quản do nhiều nguyên nhân (lưu ý hẹp lệ quản do bơm thông lệ đạo nhiều lần).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tương đối: tắc ống lệ mũi ở người lớn.
- Chống chỉ định tuyệt đối:
  + Hẹp, tắc lệ đạo do u, quá sản.
  + Hẹp tắc lệ đạo mà có kèm bệnh lý mũi xoang.
  + Dị dạng lệ đạo, không có điểm lệ...
  + Bệnh toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Cán bộ chuyên khoa Mắt đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Đèn trần, có thể kèm theo đèn trán Clar.
- Dụng cụ phẫu thuật: bộ thông nong lệ đạo, kim lệ đạo, bơm tiêm, kẹp phẫu tích kết mạc 1 răng, kéo thẳng, mở mũi, kẹp phẫu tích Kocher không răng cỡ nhỏ.
- Gạc đặt mũi có tẩm thuốc co mạch niêm mạc mũi.
- Ống silicon: loại có đầu dẫn (1 hoặc 2 đầu dẫn tùy theo chỉ định đặt qua 1 hay 2 lệ quản), ống đã được tiệt trùng.

3. Người bệnh

- Được giải thích về phẫu thuật về tỷ lệ thành công và thất bại.
- Nếu là trẻ em hoặc người lớn phải gây mê thì phải nhịn ăn, nhịn uống.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁCH TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Hồ sơ bệnh án đã được hoàn chỉnh, đầy đủ thủ tục theo quy định, đã được duyệt phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Vệ sinh cá nhân và mặc quần áo theo quy định.
- Đối chiếu tên, tuổi người bệnh, chỉ định điều trị với biển tên và hồ sơ bệnh án.

3. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: có thể chọn gây mê hoặc gây tê. Gây tê thần kinh trên và dưới hốc mắt bằng thuốc tê tại chỗ (Lidocain 2%, xylocain 2%...).

4. Tiến hành

- Sát trùng.

- Gây tê hoặc mê.
- Đặt gạc có tẩm thuốc co mạch pha lẫn thuốc tê vào khoang mũi (đặc biệt vào ngách mũi dưới) 5 - 10 phút trước khi đặt ống.
- Nong điểm lệ bằng que nong điểm lệ.
- Đặt que thông số to dần để nong lệ quản.
- Bơm nước lệ đạo để xác định vị trí hẹp.
- Tiếp tục đưa que thông lệ đạo (ít nhất que số 0) vào lệ quản trên hoặc dưới, quay que thông 90 độ, tiếp tục đưa que thông xuống túi lệ và ống lệ mũi rồi vào khoang mũi. Kiểm tra que thông chắc chắn đã xuống khoang mũi. Nếu que thông không xuống được khoang mũi hoặc kiểm tra không thấy que thông trong khoang mũi thì ngừng thủ thuật.
- Tiến hành đặt ống: rút gạc mũi, đặt ống silicon có đầu dẫn lần lượt đi vào đường lệ và rút đầu dẫn ra đường mũi qua ngách mũi dưới.
- Cầm máu niêm mạc mũi nếu có chảy máu bằng cách đặt gạc mũi.
- Cố định ống: tùy theo loại ống mà cách cố định khác nhau.
- Tra mỡ kháng sinh vào mắt, băng mắt.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Hậu phẫu thường quy.
- Tra kháng sinh phổ rộng, kết hợp corticoid liều thấp trong 7 - 10 ngày.
- Uống thuốc giảm phù, có thể phối hợp kháng sinh toàn thân.
- Khám định kỳ hàng tháng.
- Rút ống trung bình sau 3 tháng.
- Trong thời gian chưa rút ống, có thể bơm lệ đạo kiểm tra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách lệ quản khi quay que thông hoặc lúc quay đầu dẫn của ống silicon. Đề phòng cần phải làm chùng mi dưới vào phía trong lúc xoay que thông, nếu bị rách có thể khâu lại đường rách.
- Sai đường: sai đường khi nong điểm lệ và lệ quản, ở trẻ em sai đường còn xảy ra khi đưa que thông vào ống lệ mũi. Nếu xảy ra, ngừng ngay thủ thuật.
- Chảy máu niêm mạc mũi: thường chảy ít. Cần kiểm soát và đặt gạc cầm máu.
- U hạt viêm ở điểm lệ: dùng thêm chống viêm corticoid, hoặc rút ống sớm.
- Nhiễm trùng đường lệ: kháng sinh tra uống, rút ống sớm.
- Tuột ống silicon: cần cố định ống tốt.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MỘNG

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 khống 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 cục 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 đính 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 mộng có áp thuốc chống chuyển hóa (thuốc ức chế miễn dịch)

- Chỉ định các trường hợp mộng có nguy cơ tái phát cao, mộng kép, mộng tái phát không đủ kết mạc để ghép.
- Các bước tiến hành tương tự từ 1 đến 8 trong phương pháp phẫu thuật mộng ghép kết mạc rìa tự thân. Các bước tiếp theo như sau:
- Đặt mẩu gelaspon 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 mộng trong vòng 5 phút. Tránh không để thuốc dính vào giác mạc.
- Lấy mẩu gelasspon ra và rửa sạch mắt bằng nước muối 0,9% (20ml).
- Khâu cố định vạt kết mạc thân mộng vào diện củng mạc bằng chỉ 9-0 cách rìa 2mm. Phải đảm bảo phần kết mạc thân mộng giữ lại được phẳng, hai mũi đầu được khâu đính 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

4. 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.

5. 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 CẮT U DẠNG BÌ KẾT - GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

U dạng bì hoặc u bì mỡ là tổn thương lạc chỗ bẩm sinh, hầu như không có khả năng ác tính và thường tiến triển chậm. Có thể thấy u ở bất kỳ vị trí nào trên nhãn cầu nhưng vị trí thường gặp nhất là ở vùng rìa, góc 1/4 trên ngoài hoặc ở vùng khe mi góc ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- U phát triển vào giác mạc gây ảnh hưởng nhiều đến thị lực.
- U phát triển ở vùng kết mạc cùng đồ nên phẫu thuật khi trẻ đã lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: bộ dụng cụ phẫu thuật mộng, dao tròn, máy hiển vi phẫu thuật.
- Thuốc: thuốc gây tê, thuốc sát trùng, kháng sinh, chống viêm,...

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích của phẫu thuật
- Dặn người bệnh và người nhà cho người bệnh nhịn ăn từ 12 giờ đêm hôm trước phẫu thuật (nếu gây mê).

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả chi tiết khối u trước khi phẫu thuật (vị trí, kích thước, hình thái,...) để tiện cho theo dõi lâu dài.
- Kiểm tra tình trạng toàn thân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Hồ sơ đã làm đầy đủ (hoàn thành bệnh án, chỉ định điều trị, theo dõi chăm sóc).
- Hồ sơ đã duyệt phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Thay quần áo.
- Tra, uống thuốc trước phẫu thuật (theo chỉ định).
- Yêu cầu người bệnh nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây mê nếu người bệnh còn nhỏ (15 tuổi trở xuống).
- Gây tê (khi người bệnh trên 15 tuổi): gây tê tại chỗ hoặc gây mê và mi bằng dung dịch lidocain 2% x 6ml, gây tê tại chỗ bằng tra mắt dung dịch dicain 1%.

3.2. Kỹ thuật

- Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm. Cầm máu.
- Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 1mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).
- Dùng dao tròn hoặc dao lạng mộng gọt phẫu tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.
- Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chậm 8-0 hoặc chỉ nilon 9-0.

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.
- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

Cần cầm máu và thấm máu tốt vùng phẫu thuật. Cẩn thận khi phẫu tích khối u khỏi giác mạc và củng mạc tránh gây thủng.

2. Sau phẫu thuật

Cần chú ý khâu vô trùng trong khi thay băng và tra thuốc để tránh biến chứng nhiễm trùng vết phẫu thuật gây viêm và áp xe giác mạc, củng mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Trong phẫu thuật

Thủng giác mạc: khâu phục hồi giác mạc, kết hợp điều trị nội khoa tích cực.

2. Sau phẫu thuật

Viêm, áp xe giác mạc, áp xe vết phẫu thuật: điều trị kháng sinh, kháng viêm tại chỗ và toàn thân.

Chú ý: cần làm xét nghiệm giải phẫu bệnh với khối u cắt bỏ.

THỦ THUẬT TIÊM NỘI NHÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tiêm nội nhãn gồm tiêm thuốc vào tiền phòng và tiêm thuốc vào buồng dịch kính là phương pháp điều trị một số bệnh nhãn khoa.
- Tiêm nội nhãn giúp đạt nồng độ thuốc tối đa trong nhãn cầu và hạn chế các tác dụng toàn thân của thuốc.
- Các nhóm thuốc thường được dùng tiêm nội nhãn hiện nay là:
  + Nhóm kháng sinh: vancomycin, ceftazidim, amikacin, amphotericin B ...
  + Nhóm chống viêm: dexamethason, triamcinolon...
  + Thuốc chống tăng sinh tân mạch: bevacizumab, pegaptanib, ranibizumab ...

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị một số bệnh lý nhãn khoa như: viêm bán phần trước, viêm nội nhãn, viêm hắc võng mạc do virus, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, phù hoàng điểm và một số bệnh lý mạch máu võng mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tiêm nội nhãn khi đang có nhiễm trùng cấp tính tại mắt (trừ tiêm kháng sinh để điều trị viêm nội nhãn).
- Tiền sử dị ứng với các thuốc được tiêm.
- Phụ thuộc vào loại thuốc tiêm nội nhãn, có các chống chỉ định riêng:
  + Chống viêm: glôcôm nhãn áp chưa điều chỉnh.
  + Thuốc chống tăng sinh tân mạch: tiền sử bệnh tim mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- 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. Tiến hành

3.1. Kỹ thuật tiêm thuốc tiền phòng

Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.
- Sử dụng kim 26 - 27G, xuyên qua giác mạc trong sát rìa củng giác mạc, cách rìa 0,5 đến 1mm, hướng mũi kim song song với bình diện mống mắt để tránh chạm vào mống mắt và thể thủy tinh, bơm thuốc vào tiền phòng.
- Sau khi rút kim ra, có thể dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

3.2. Kỹ thuật tiêm thuốc vào buồng dịch kính

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê hoặc tê bề mặt hoặc tê dưới kết mạc.
- Sử dụng kim 26 - 27G (đối với triamcinolon và macugen) hoặc 30G (đối với các kháng sinh, dexamethason hoặc avastin).
- Tiêm xuyên qua vùng pars plana, cách rìa giác mạc 3, 5mm với mắt còn thể thủy tinh hoặc 3mm với mắt đã lấy thể thủy tinh (hoặc đã đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Hướng mũi kim về phía cực sau của nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh (trong các trường hợp còn thể thủy tinh), xuyên kim khoảng 5 - 7mm (khoảng 1/2 chiều dài kim), kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính (qua sinh hiển vi nếu có), bơm thuốc vào nội nhãn.
- Sau khi rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay tại vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.

Chú ý: khi sử dụng 2 nhóm kháng sinh vancomycin và ceftazidim cần dùng 2 bơm tiêm riêng biệt, tiêm ở 2 vị trí khác nhau.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Theo dõi sau tiêm thuốc tiền phòng

- Kiểm tra thị lực và khám trên sinh hiển vi kiểm tra tình trạng tiền phòng, mống mắt, thể thủy tinh.
- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.
- Dặn người bệnh khám lại.

2. Theo dõi sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính

- Kiểm tra thị lực và soi đáy mắt người bệnh để loại trừ tăng nhãn áp nghiêm trọng hoặc thậm chí tắc động mạch trung tâm võng mạc, hoặc xuất huyết dịch kính.
- Dùng thuốc kháng sinh tra tại chỗ.
- Dặn người bệnh khám lại nếu đau nhức mắt hoặc nhìn mờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng sau tiêm thuốc tiền phòng

- Xuất huyết tiền phòng.
- Tăng nhãn áp.
- Đục thể thủy tinh.

2. Biến chứng sau tiêm thuốc vào buồng dịch kính

- Viêm nội nhãn.
- Xuất huyết dịch kính.
- Tắc động mạch trung tâm võng mạc.
- Tăng nhãn áp.
- Bong võng mạc.

VIII. CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG VÀ CÁCH PHA CHẾ

1. Các thuốc thường dùng tiêm tiền phòng

Amphotericin B: 0,005mg/0,1ml.

- Pha lọ bột 50mg amphotericin với 10ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên pha với 9,9ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.

2. Các thuốc thường dùng tiêm dịch kính

1. Vancomycin: 1mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Pha lọ vancomycin chứa 500mg với 5ml nước cất và lắc đều.
- Hút ra 0,1ml dung dịch trên vào bơm tiêm 1ml và pha thêm 0,9ml nước cất
- Bơm đi 0,9ml, giữ lại 0,1ml để tiêm.

2. Ceftazidim 2,5mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Pha lọ ceftazidim 1g với 4ml nước cất và lắc đều.

- Hút ra 0,1ml dung dịch trên vào bơm tiêm 1ml và pha thêm 0,9ml nước cất để thành 1ml.
- Bơm đi 0,9ml và giữ lại 0,1ml để tiêm.

3. Amikacin: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 2ml amikacin có 500mg.
- Lấy 1ml trong lọ pha thêm 5,25ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch pha với 0,9ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm .

4. Gentamycin: 0,2mg/0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 2ml gentamycin có 80mg.
- Lấy 0,5ml pha với 9,5ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.
- Ngày càng ít dùng vì độc tính cao.

5. Dexamethason: 0,4mg/ 0,1ml dịch tiêm.

- Lọ 1ml dexamethason có 4mg.
- Lấy 0,1ml để tiêm.

6. Amphotericin B: 0,005mg/0,1ml.

- Pha lọ bột 50mg amphotericin với 10ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên pha với 9,9ml nước cất.
- Lấy 0,1ml dung dịch trên để tiêm.

7. Triamcinolon 4mg/0,1ml.

- Lọ 1ml chứa 40mg.
- Lấy 0,1ml để tiêm.

8. Acyclovir: 2mg/0,05ml, ganciclovir: 1,7mg/0,05ml.

9 . Bevacizumab (Avastin): 1,5 - 2,5mg/0,1ml.

- Lọ 4ml avastin chứa 100mg.
- Lấy 0,1ml để tiêm (chứa 2,5mg).

10. Pegaptanib (Macugen) và ranibizumab (Lucentis) được bào chế sẵn dưới dạng tiêm nội nhãn.

PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG DA MI

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

- Hiển 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 gắp 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 bẩn, bám 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 LÝ 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 bẩn, 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.

PHẪU THUẬT CẮT U MI

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 đè nhựa, kim loại.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện.
- Chụp Xquang phổi nếu là ung thư mi.
- Chụp hố 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 phẫu 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.

VI. THEO DÕI

- Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

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.

PHẪU THUẬT QUẶM MI TUỔI GIÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật quặm mi tuổi già là phương pháp giải quyết tình trạng cuộn mi vào trong để tránh các biến chứng do lông mi cọ vào giác mạc trong một số bệnh lý ở người già.

II. CHỈ ĐỊNH

- Quặm mi do tuổi già.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- 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 quặm.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh tổn thương quặm trước phẫu thuật (nếu có thể).
- 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

- Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật mổ quặm mi dưới do tuổi già

- Gây tê tại chỗ
- Rạch da mi cách bờ mi dưới 2mm. Đường rạch theo chiều dài mi.
- Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt có thể lấy phần mỡ thoát vị.
- Cắt da mi thừa.
- Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi.
- Khâu da mi.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

4. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện hai cực.

5. Sau phẫu thuật

- - Chảy máu vết phẫu thuật: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; Chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.
- - Nhiễm trùng vết phẫu thuật: dùng kháng sinh sau phẫu thuật và vệ sinh vết phẫu thuật.

PHẪU THUẬT SỬA SA DA MI TRÊN VÀ DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sửa sa da mi trên và dưới là phương pháp cắt da mi thừa để cải thiện tình trạng chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Sa da mi trên và dưới ảnh hưởng đến chức năng hoặc thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ chuyên khoa Mắt.
- Đốt điện hai cực.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đánh dấu vị trí cắt da tại nếp mi sẵn có của người bệnh.
- Đo, đánh dấu lượng da mi thừa.
- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da.
- Rạch da mi toàn bộ chiều dài mi trên theo đánh dấu.
- Tách da mi và kéo mép da xuống dưới. Cắt bỏ da mi thừa. Chú ý không cắt nhiều da gây lật và hở mi.
- Có thể phối hợp cắt bớt mỡ thừa.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6.0.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Vệ sinh mắt, dùng gạc lạnh đắp mắt chống phù nề, tra nước mắt nhân tạo.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: băng ép và theo dõi.
- Sẹo ở những người có cơ địa sẹo lồi: tránh phẫu thuật người có cơ địa sẹo lồi.
- Hai mắt không tương xứng (lượng da mi cắt không cân xứng hai bên): cần phẫu thuật lại.
- Cắt ít da hoặc quá nhiều da gây lật mi dưới hoặc hở mi trên: phẫu thuật bổ sung hay tạo hình hở lật mi.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật: kháng sinh và vệ sinh mắt sau phẫu thuật.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA LÔNG MÀY DO TUỔI GIÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật điều trị sa lông mày do tuổi già là phẫu thuật điều chỉnh vị trí của cung lông mày lên cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sa lông mày do tuổi già.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tạo hình mi.
- Đốt điện hai cực.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả tổn thương bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

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. Thực hiện phẫu thuật

- Đánh dấu nếp mi và vị trí đặt chỉ ở cung lông mày (điểm chính giữa bờ dưới cung lông mày).
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da mi toàn bộ chiều dài mi, cơ vòng mi và cân vách hốc mắt.
- Đặt chỉ Mersilene 4-0 vào tổ chức sát bờ dưới cung lông mày.
- Khâu cố định cung lông mày vào màng xương bờ trên hốc mắt.
- Cắt da mi thừa.
- Khâu da mi, 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết trước cân vách hốc mắt: theo dõi, chườm lạnh.
- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần.

PHẪU THUẬT TẠO NẾP GẤP MI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo nếp gấp mi trên nhằm tạo nếp mí cho mi trên, cải thiện tình trạng thẩm mỹ cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mắt không có nếp mí mi trên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- 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 mi mắt trước khi phẫu thuật (nếu có thể).
- Tư vấn 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

- Gây tê tại chỗ.

3.2. Thực hiện phẫu thuật

- Đánh dấu vị trí nếp mí cần tạo, chú ý cân đối hai bên.
- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da.
- Rạch da mi trên theo đường đánh dấu.
- Bộc lộ cân cơ nâng mi ở sát bờ trên sụn mi.
- Dùng chỉ vicryl 6-0 khâu 2 mép da vào cân cơ nâng mi theo thứ tự: mép da trên, chỗ bám cơ nâng mi vào sụn, mép da dưới. Chú ý không để kẹt tổ chức mỡ hay cân vách hốc mắt vào mép khâu.

VI. THEO DÕI

- Khám lại sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu mi sau phẫu thuật: chườm lạnh.
- Nếp mi hai mắt không cân xứng: phẫu thuật lại.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật: dùng thuốc kháng sinh và vệ sinh mắt sau phẫu thuật.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BỌNG MỠ MI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật điều trị bọng mỡ mi mắt là phẫu thuật lấy bỏ một phần khối mỡ thoát vị qua cân hốc mắt cải thiện thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bọng mỡ mi trên và dưới, có thể kèm theo thừa da mi trên và dưới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- 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 tạo hình mi.
- Đốt điện hai cực.

3. Người bệnh

- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Tránh tiếp xúc với ánh nắng trong 1 tuần trước phẫu thuật và 2-3 tháng sau phẫu thuật.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ

- Mô tả tổn thương bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phẫu thuật qua đường rạch da **(với các trường hợp có kèm thừa da mi)**

- Đánh giá lượng da mi thừa bằng cách dùng kẹp phẫu tích kẹp và quan sát bờ mi hay lông mày có bị biến đổi hay không?
- Vẽ đánh dấu lượng da mi thừa cần cắt.
- Gây tê: tại chỗ bằng tiêm dưới da mi lidocain 2%.
- Rạch da ngay dưới lông mi và dọc theo chiều dài mi mắt.
- Cắt da mi thừa.
- Tách qua các lớp giải phẫu để bộc lộ cân vách hốc mắt.
- Cắt qua cân vách hốc mắt bộc lộ bao mỡ.
- Cắt qua bao mỡ, ấn nhẹ lên nhãn cầu và cắt bỏ phần mỡ phòi ra. Chú ý chỉ cắt phần mỡ thừa trào qua vết mổ, không lôi kéo và cắt mỡ trong hốc mắt để phòng lõm mắt sau mổ.
- Đốt cầm máu.
- Đóng lại vết mổ theo các bình diện giải phẫu.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0.

3.2. Phẫu thuật qua đường kết mạc không cắt bỏ mỡ thoát vị **(bọng mỡ mi dưới, không kèm theo thừa da mi)**

- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da lidocain 2%.
- Vành mi dưới, bộc lộ kết mạc cùng đồ dưới.
- Cắt kết mạc cùng đồ.

- hẫu tích bộc lộ cân vách hốc mắt, cắt cân vách hốc mắt bộc lộ túi mỡ thoát vị. Nếu mỡ trào qua vết mổ không nhiều mới áp dụng phương pháp này.
- Bộc lộ màng xương hốc mắt.
- Đặt 3 mũi chỉ vicryl 6.0 khâu màng xương hốc mắt dưới với cân vách hốc mắt, từ phía mũi về phía thái dương, mỡ thoát vị sẽ trở lại về vị trí ban đầu trong hốc mắt.
- Đặt lại mép kết mạc, không cần khâu.

3.3. Phẫu thuật qua đường kết mạc có cắt bỏ mỡ thoát vị

- Gây tê tại chỗ bằng tiêm dưới da lidocain 2%.
- Vành mi dưới, bộc lộ kết mạc cùng đồ dưới.
- Cắt kết mạc cùng đồ. Nếu mỡ trào nhiều qua mép vết mổ mới làm phương pháp này.
- Bộc lộ mỡ thoát vị, xác định 3 túi mỡ: trong, giữa và ngoài.
- Mở 3 túi mỡ theo thứ tự trong, giữa, ngoài. Cắt bỏ phần mỡ trào ra và đốt cầm máu.
- Đặt lại kết mạc, không cần khâu.

VI. THEO DÕI

- Bệnh nhân được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau mổ.
- Chụp ảnh ngay sau mổ và sau 1 tuần, 1 tháng.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.
- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân.

VII. VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cắt nhầm tuyến lệ chính xảy ra ở người có tuổi có sa tuyến lệ không được phát hiện trước mổ. Màu sắc và cấu trúc tuyến lệ hoàn toàn khác với mỡ mi mắt nên biến chứng này khó xảy ra.
- Mất cảm giác tạm thời vùng da mi, mắt khô và kích thích: tra nước mắt nhân tạo.
- Sưng nề và tím vùng mi dưới, xuất huyết dưới kết mạc nhãn cầu: chườm lạnh.
- Lật và hở mi do cắt nhiều da: có thể phải tạo hình mi hay chỉ cần day nhẹ lên da mi hàng ngày.
- Nhiễm trùng: vô khuẩn tốt, kháng sinh.
- Chảy máu sau mổ: chú ý cầm máu tốt trong phẫu thuật, băng ép sau mổ, nếu nặng cần phải mở lại vết mổ để cầm máu.
- Không cân xứng hai mắt: chờ cho vết mổ ổn định, nếu mức độ nặng có thể cần phẫu thuật lại.
- Lộ sẹo do đường rạch da quá thấp, cắt chỉ muộn, không chăm sóc tốt sau phẫu thuật, cơ địa sẹo lồi: tạo hình mi.

PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tán nhuyễn nhân thể thủy tinh (phacoemulsification, viết tắt: phaco) là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu phaco (phaco typ) sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mẩu nhỏ và được hút ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp đục thể thủy tinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Các bác sĩ nhãn khoa được đào tạo về phương pháp phẫu thuật phaco.

2. Phương tiện

- Máy phaco.
- Hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu thuật phaco, dịch nhầy.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật; giống như phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.

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. Gây tê

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Với những người bệnh phối hợp tốt, có thể không cần tiêm tê mà chỉ gây tê bằng thuốc tê bề mặt, tra 2 - 3 lần trước phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực).
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:
  + Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.
  + Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.
- Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm.
- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).
- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường

kính xé bao từ 5,5 - 6mm.
- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.
- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.
- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.
- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.
- Với đường rạch vùng rìa hoặc củng mạc thì có thể khâu 1 mũi chỉ 10-0. Với đường rạch trực tiếp giác mạc thì bơm nước vào mép đường rạch chính và phụ để mép vết phẫu thuật tự khép kín.
- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.
- Có thể tiêm kháng sinh và corticoid sau phẫu thuật.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Tra kháng sinh tại mắt ngày 4 lần trong 1 tuần.
- Tra corticoid tại mắt ngày 4 lần trong 1 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Trong phẫu thuật

- Đường xé bao quá nhỏ: xé bao bổ sung.
- Đường xé bao bị rách rộng ra ngoại vi: nếu chưa có nhiều kinh nghiệm thì nên chuyển sang phẫu thuật ngoài bao.
- Rách bao sau trong quá trình phaco nhân: cần cân nhắc và chuyển sang phẫu thuật ngoài bao sớm nếu thấy đường rách bao rộng hơn.
- Rách bao sau trong quá trình hút chất nhân: cần cắt sạch dịch kính, sau đó đặt thể thủy tinh.
- Nhân thể thủy tinh sa vào buồng dịch kính: không được dùng đầu phaco đưa vào buồng dịch kính để hút nhân. Cần đóng lại vết phẫu thuật và mời chuyên gia võng mạc, dịch kính tới xử lý cắt thể thủy tinh và dịch kính.
- Bỏng mép vết phẫu thuật: do đầu phaco sinh nhiệt. Cần dội nước liên tục vào mép vết phẫu thuật trong quá trình phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

- Tai biến và xử lý giống như các biến chứng của phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao như: viêm nội nhãn, xuất huyết tiền phòng, loạn dưỡng giác mạc, lệch thể thủy tinh, đục bao sau, phù hoàng điểm dạng nang.

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 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 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 -0,50D 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.

ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG

VI. 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.

VII. CHỈ ĐỊNH

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

VIII. 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.

IX. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Khúc xạ kế tự động.

3. Người bệnh

- Thiếu

4. Hồ sơ bệnh án

- Thiếu

X. 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 lông mi 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 cằm 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 tì 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.

XI. THEO DÕI

Thiếu

XII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Thiếu

XIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Thiếu

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

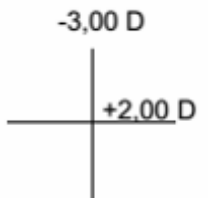
- Có yêu cầu và có đầy đủ các điều kiện để soi bóng đồng tử.

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

ĐẶT VÀ THÁO KÍNH TIẾP XÚC

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt kính tiếp xúc và tháo kính tiếp xúc là một kỹ thuật thường dùng trong lâm sàng. Người thao tác kính tiếp xúc cần phải thành thạo kỹ thuật để có thể đặt vào tháo kính tiếp xúc một cách an toàn và có thể hướng dẫn để người bệnh tự đặt và tháo kính tại nhà.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những người có tật khúc xạ.
- Những người bệnh có bệnh của bề mặt nhãn cầu (viêm giác mạc sợi, tróc biểu mô giác mạc, khô mắt, loạn dưỡng giác mạc, v.v.)
- Những người có nhu cầu dùng kính tiếp xúc thẩm mỹ (kính màu).
- Những trường hợp phẫu thuật khúc xạ có biến chứng vạt (đứt vạt, thủng vạt, v.v.)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những người đang có bệnh nhiễm trùng cấp tính hoặc bệnh nặng của mắt, người bệnh nhiều tuổi hoặc tay vụng về quá.
- Những người không đảm bảo yêu cầu vệ sinh của kính tiếp xúc, trẻ nhỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Kính tiếp xúc, hộp đựng kính, dung dịch rửa kính, khăn giấy lau tay, gương soi.

3. Người bệnh

- Người có nhu cầu và đủ điều kiện đặt kính tiếp xúc.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đơn kính hoặc hồ sơ bệnh có đầy đủ các yêu cầu về kính tiếp xúc: công suất kính, đường kính, loại kính (mềm, cứng), màu sắc, thời gian dùng kính, v.v

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Đảm bảo đầy đủ các chi tiết theo yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

- Đúng tên, tuổi, yêu cầu về kính, và đúng mắt.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đặt kính tiếp xúc

- Rửa tay sạch và lau khô.
- Lấy kính khỏi hộp, rửa bằng dung dịch vô trùng và nhúng dung dịch làm ướt.
- Đặt kính lên đầu ngón trỏ, mặt lõm lên trên.
- Người bệnh nhìn thẳng phía trước và mở cả 2 mắt.
- Người thao tác dùng ngón trỏ tay kia kéo mi trên (vùng cung mày) và giữ chặt.
- Ngón 3 hoặc 4 giữ mi dưới ở gần sát bờ mi và giữ chặt.
- Đặt kính vào giác mạc (mắt kia nhìn cố định vào một vật).
- Buông ngay tay giữ mi dưới và mi trên.
- Che mắt kia và kiểm tra thị lực để đảm bảo kính đã đặt đúng.

3.2. Tháo kính tiếp xúc

- Rửa tay sạch và lau khô.
- Kiểm tra thị lực để chắc chắn kính tiếp xúc đang ở tâm giác mạc, nếu kính lệch lạc thì cần chỉnh lại.
- Người bệnh nhìn xuống phía dưới.
- Người thao tác dùng ngón trỏ tay phải đặt ở góc ngoài mắt, kéo mi trên ra ngoài trong

khi yêu cầu người bệnh chớp mắt để kính tuột ra.
- Nếu kính lệch ra phía ngoài thì chỉnh lại trước khi làm lại thao tác trên.
- Rửa sạch kính và đặt vào hộp có dung dịch khử trùng hoặc hộp khô, đặt đúng hộp cho mắt phải/trái.

VI. THEO DÕI

- Sau khi đặt kính tiếp xúc, phải kiểm tra và theo dõi thị lực, độ cân của kính, độ phù hợp của kính trên giác mạc để đảm bảo kính không lỏng quá hoặc chặt quá.
- Sau khi tháo kính phải theo dõi để phát hiện viêm nhiễm hoặc các bất thường khác có thể có trên giác mạc.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Xước giác mạc do đặt và tháo kính không đúng cách: dùng thuốc tra mắt kháng sinh và nước mắt nhân tạo.
- Rách kính hoặc kẹt kính trong cùng đồ: tháo bỏ kính và đặt lại.

KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP - LẸO

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.

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.

NẶN 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: dicain1%.
  + Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.
- Dụng cụ:
  + Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.
  + Thanh đè.
  + Tăm bông nhỏ.

3. Người bệnh

- Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

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 đè 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 đè 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 Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 - 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cành 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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.

BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bơm rửa và 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

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.

2. Thông lệ đạo

- Các trường hợp chảy nước mắt hoặc mủ 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.

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.

3.1. Bơm lệ đạo

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 90^0 vào lệ quản 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 quản 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.

3.2. Thông lệ đạo

- 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 VÀ 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.

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 bằng tay bóc băng nhẹ nhàng.
- 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 ngước 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 ép 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.

NHỎ THUỐC VÀO MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhỏ thuốc là đưa dung dịch thuốc vào kết mạc cùng đồ dưới của mắt, từ đó thuốc thấm qua kết mạc và giác mạc để vào phần trước nhãn cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các bệnh về mắt khi có chỉ định dùng thuốc tra mắt.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Xe tiêm, thay băng.
- Hộp bông ướt hoặc tăm bông, bông gạc vô khuẩn.
- Phiếu tra thuốc, găng tay sạch, băng dính và kéo (Người bệnh đã phẫu thuật).
- Dung dịch cồn 70^0C hoặc dung dịch cồn rửa tay nhanh.
- Kẹp phẫu tích có mấu vô khuẩn, kẹp phẫu tích sạch, lọ cắm kẹp phẫu tích.
- Túi đựng rác thải y tế, rác thải tái chế.
- Các loại thuốc theo y lệnh.

3. Người bệnh

- Giải thích, hướng dẫn cho người bệnh để phối hợp với Điều dưỡng.
- Tư thế người bệnh:

  + Nằm ngửa, đặt gối phía dưới để đầu được nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái (Trẻ nhỏ: nên đặt nằm và giữ đầu cố định).

  + Ngồi ghế: ghế tựa, yêu cầu người bệnh ngửa đầu ra sau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra phiếu tra thuốc so với bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

- Thực hiện kiểm tra 5 đúng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện quy trình vô khuẩn.
- Lau rửa mắt: dùng bông ướt hay tăm bông lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt.
- Nhỏ mắt:

  + Thuốc nước:

  • Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên và ra ngoài. Một ngón tay kéo mi dưới xuống, bông đặt ở mi dưới để thấm nước mắt sau khi tra.

  • Cầm lọ thuốc cách mắt khoảng 1,5 - 2cm. Nhỏ thuốc vào góc trong mắt, cùng đồ dưới, tránh chạm đầu ống thuốc vào mắt.

  • Nếu tra nhiều loại thuốc mỗi loại cách nhau 5 phút

  • Tra thuốc tê tại chỗ: giọt đầu tiên tra phía cùng đồ dưới, lần tiếp theo nên tra trực tiếp lên nhãn cầu.

  • Trong trường hợp trẻ nhỏ hoặc người bệnh bị đau hay chảy nước mắt không thể nhìn lên trên được, điều dưỡng dùng 2 ngón tay để giữ mi trên và mi dưới rồi tra thuốc lên mắt.

  + Thuốc mỡ:

- Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên, dùng một ngón tay kéo mi dưới, đưa một lượng thuốc dọc theo cùng đồ dưới, đảm bảo phần cuối của typ thuốc không chạm vào lông

mi.

Lưu ý:

- Không nên tra thuốc trực tiếp lên giác mạc, không để đầu lọ thuốc chạm vào mắt.
- Không được kéo mi trên trong trường hợp người bệnh tự mở được mắt
- Khi tra thuốc độc (như atropin) phải ấn giữ góc trong mắt vùng lệ quản tránh làm thuốc xuống khoang miệng.
- Thuốc đã mở nắp chỉ dùng trong thời gian dưới 15 ngày.

V. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng mắt: mi mắt, dịch xuất tiết, kết mạc, giác mạc, màu sắc da xung quanh mắt, đau nhức, đau nhức nhiều có kèm nôn.
- Nếu có dấu hiệu bất thường ghi phiếu chăm sóc, báo cho bác sĩ.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chạm vào giác mạc gây xước giác mạc: tra thuốc kháng sinh phòng chống bội nhiễm, tăng cường dinh dưỡng mắt.
- Các biến chứng về toàn thân liên quan đến dược động học của thuốc: báo cho bác sĩ.
- Xử trí theo hướng toàn thân.

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 bọng; 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.
- Tẩm 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 trỏ (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 nhấc nhanh quả cân ra khỏi mắt.
- Lấy bông tẩm cồn 90^0 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 TAI BIẾN

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

TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THẾ BẰNG SIÊU ÂM AB

I. ĐẠI CƯƠNG

Tính công suất thể thủy tinh thay thế là kỹ thuật tính toán chính xác công suất thể thủy tinh nhân tạo sẽ được đặt vào mắt người bệnh sau khi phẫu thuật lấy bỏ thể thủy tinh đục ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chỉ định đặt thể thủy tinh nhân tạo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm kết mạc cấp.
- Viêm loét giác mạc.
- Các vết thương hở xuyên nhãn cầu.
- Mới phẫu thuật nội nhãn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện

- Bác sĩ được đào tạo kỹ thuật siêu âm.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm, máy đo khúc xạ giác mạc.

3. Người bệnh

- Hướng dẫn, giải thích người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu yêu cầu của bác sĩ chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật

- Đo khúc xạ giác mạc:
  + Hướng dẫn người bệnh nhìn thẳng mở mắt, áp sát trán vào máy.
  + Bật máy rồi đo khúc xạ giác mạc từng mắt cho người bệnh.
- Đo trục nhãn cầu và tính công suất IOL:
  + Cho người bệnh làm siêu âm A-B lấy số đo trục nhãn cầu.
  + Mở cửa sổ trên máy vào chương trình đo IOL.
  + Nạp thông số khúc xạ giác mạc (K1-K2) và số đo trục nhãn cầu (AXIAL-LENGTH) vào chương trình.
  + Chọn Aconts (hằng số) và ghi chỉ số IOL thích hợp.
  + In kết quả.
  + Ghi kết quả vào phiếu siêu âm.
  + Trả kết quả cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trợt biểu mô giác mạc: khi đo quá nhiều lần: dùng thuốc kháng sinh, thuốc tái tạo nhanh biểu mô giác mạc.

CHƯƠNG VII: RĂNG – HÀM – MẶT

PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy xương tự thân, ghép vào vùng xương hàm mất răng, làm tăng kích thước xương có ích để cấy ghép Implant.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương hữu ích.
- Thiếu chiều rộng xương hữu ích.
- Thiếu khối lượng xương hữu ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân như tim mạch, bệnh máu, đái tháo đường…trong giai đoạn tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Vật liệu cố định xương ghép.
- Màng che phủ xương ghép.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Sát khuẩn
- Gây tê vùng và gây tê tại chỗ
- Gây mê nếu cần.

3.2. Sửa soạn vùng nhận xương ghép

- Tạo vạt niêm mạc bởi 3 đường rạch:

+ Đường rạch dọc niêm mạc sống hàm: tương ứng vùng mất răng.

+ Hai đường rạch đứng đi từ hai đầu đường rạch trên về phía ngách tiền đình sao cho vạt có đáy hình thang, đủ rộng để thao tác.

+ Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ vùng phẫu thuật.

+ Rạch đường giảm căng.

- Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận :

+ Dùng mũi khoan thích hợp khoan thủng vỏ xương tạo các điểm chảy máu.

+ Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận nếu cần.

3.3. Lấy xương tự thân

- Các vị trí có thể lấy:

+ Trong miệng: vùng cằm, cành lên xương hàm dưới, lồi củ xương hàm trên, các lồi xương trong khoang miệng

+ Các vùng khác: xương sườn, xương mào chậu, xương mác, xương sọ.

- Yêu cầu mảnh xương ghép:

+ Về kích thước: phù hợp với nơi nhận và yêu cầu cấy Implant.

+ Mảnh xương ghép có cả xương vỏ và xương xốp.

+ Sau khi lấy phải bảo quản trong môi trường ẩm với nước muối sinh lý.

3.4. Đặt và cố định mảnh xương ghép:

- Đặt mảnh xương ghép đã sửa soạn vào bề mặt xương hàm nơi nhận.
- Đặt màng che phủ mảnh xương ghép.
- Cố định mảnh xương ghép với màng che phủ vào xương hàm bằng các vít.

3.5. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu : cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật dùng bột xương nhân tạo và màng, ghép vào vùng xương hàm mất răng, làm tăng kích thước xương có ích để cấy ghép Implant.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương hữu ích.
- Thiếu chiều rộng xương hữu ích.
- Thiếu khối lượng xương hữu ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân như tim mạch, bệnh máu, đái tháo đường…trong giai đoạn tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Vật liệu cố định màng.
- Bột xương nhân tạo
- Màng che phủ xương ghép.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Sát khuẩn
- Gây tê vùng và gây tê tại chỗ
- Gây mê nếu cần.

3.2. Sửa soạn xương hàm vùng nhận

- Tạo vạt niêm mạc bởi 3 đường rạch

+ Đường rạch dọc niêm mạc sống hàm: tương ứng vùng mất răng.

+ Hai đường rạch đứng đi từ hai đầu đường rạch trên về phía ngách tiền đình sao cho vạt có đáy hình thang, đủ rộng để thao tác.

+ Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ vùng phẫu thuật.

- + Rạch đường giảm căng
- Sửa soạn bề mặt xương:

+ Dùng mũi khoan thích hợp khoan thủng vỏ xương tạo các điểm chảy máu.

3.3. Đặt bột xương nhân tạo và màng:

- Đặt bột xương nhân tạo:

+ Trộn bột xương với máu người bệnh hoặc nước muối sinh lý.

+ Đặt bột xương đã trộn vào bề mặt xương hàm đã sửa soạn với khối lượng phù hợp.

- Đặt màng che phủ bột xương và cố định màng

3.4. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu : cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG HỖN HỢP ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng phối hợp xương tự thân và bột xương nhân tạo, ghép vào vùng xương hàm mất răng, làm tăng kích thước xương có ích để cấy ghép Implant.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương hữu ích.
- Thiếu chiều rộng xương hữu ích.
- Thiếu khối lượng xương hữu ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân như tim mạch, bệnh máu, đái tháo đường…trong giai đoạn tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Vật liệu cố định xương ghép.
- Bột xương nhân tạo.
- Màng che phủ xương ghép.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Sát khuẩn
- Gây tê vùng và gây tê tại chỗ
- Gây mê nếu cần.

3.2. Sửa soạn vùng nhận xương ghép

- Tạo vạt niêm mạc bởi 3 đường rạch:

+ Đường rạch dọc niêm mạc sống hàm: tương ứng vùng mất răng.
+ Hai đường rạch đứng đi từ hai đầu đường rạch trên về phía ngách tiền đình sao cho vạt có đáy hình thang, đủ rộng để thao tác.
+ Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ vùng phẫu thuật.
+ Rạch đường giảm căng.

- Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận:
  + Dùng mũi khoan thích hợp khoan thủng vỏ xương tạo các điểm chảy máu.
  + Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận nếu cần.

3.3. Lấy xương tự thân

- Các vị trí có thể lấy:
  + Trong miệng: vùng cằm, cành lên xương hàm dưới, lồi củ xương hàm trên, các lồi xương trong khoang miệng
  + Các vùng khác: xương sườn, xương mào chậu, xương mác, xương sọ.
- Yêu cầu mảnh xương ghép:
  + Có thể lấy xương khối hoặc mảnh xương vụn.
  + Khối lượng: tương đối phù hợp với nơi nhận.
  + Nếu lấy xương khối thì cần có cả phần xương vỏ và xương xốp.

3.4. Đặt xương ghép và màng xương:

- Nếu xương tự thân là mảnh xương vụn:
  + Trộn với bột xương nhân tạo.
  + Đặt hỗn hợp xương trộn vào nơi nhận.
  + Đặt màng che phủ và cố định màng.
- Nếu xương tự thân là xương khối:
  + Đặt mảnh xương ghép đã sửa soạn vào bề mặt xương hàm nơi nhận.
  + Đặt tăng cường bột xương nhân tạo quanh mảnh xương ghép.
  + Đặt màng che phủ và cố định màng.

3.5. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu : cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT ĐẶT XƯƠNG NHÂN TẠO VÀ MÀNG SINH HỌC QUANH IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tăng cường khối lượng xương quanh Implant để có thể giữ được Implant trong các trường hợp có tiêu xương quanh Implant.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tiêu xương quanh Implant có nguy cơ không bảo tồn được Implant.
- Tiêu xương quanh Implant ảnh hưởng đến thẩm mỹ của răng được phục hồi.
- Viêm quanh Implant (periimplantitis).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Máy lấy cao răng siêu âm hoặc dụng cụ làm sạch bề mặt Implant.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Kháng sinh
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Bột xương
- Màng sinh học.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng Implant.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc/ và gây tê vùng.
- Bộc lộ Implant ở vùng tiêu xương:
- Tạo vạt niêm mạc màng xương hình thang ở phía tiền đình tương ứng vùng tiêu xương quanh Implant.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách vạt bộc lộ Implant vùng tiêu xương và bờ xương hàm quanh Implant.
- Tách bóc bờ lợi quanh Implant phía trong.

- Làm sạch bề mặt Implant và nạo sạch mô viêm nhiễm.
- Ghép xương và màng:
- Dùng mũi khoan thích hợp tạo các điểm chảy máu vùng xương hàm quanh Implant.
- Trộn bột xương với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý và đặt xung quanh Implant.
- Đặt màng và cố định màng.
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

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

2. Sau khi phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt trụ Implant vào xương hàm vùng mất răng để làm phục hình răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng đơn lẻ: cấy một trụ Implant để làm chụp răng.
- Mất một nhóm răng: cấy một số trụ Implant để làm cầu răng.
- Mất răng toàn bộ: cấy một số trụ Implant để làm cầu răng hoặc làm trụ đỡ cho hàm giả tháo lắp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương hàm.
- Thiếu chiều rộng xương hàm.
- Thiếu khối lượng xương bao gồm cả chiều cao và chiều rộng.
- Khoảng liên hàm không đủ cho làm phục hình răng.
- Khoảng gần – xa vùng mất răng không đủ cho làm phục hình răng.
- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ phẫu thuật Implant.
- Máy khoan Implant.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Kháng sinh
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Implant.
- Kim, chỉ khâu…

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng vùng mất răng.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

3.3. Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:

- Rạch niêm mạc màng xương dọc sống hàm vùng mất răng.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương hàm vùng cấy ghép.
- Trong một số trường hợp không cần rạch niêm mạc thì có thể dùng mũi cắt tròn (tissue punch) để đột lợi.

3.4. Khoan xương:

- Xác định vị trí.
- Khoan mũi định vị.
- Khoan mũi hướng dẫn tới chiều dài đã chọn.
- Kiểm tra hướng và độ sâu của lỗ khoan.
- Khoan các mũi lớn dần đến đường kính đã chọn.
- Tạo ren.

3.5. Bơm rửa.

3.6. Đặt Implant:

- Dùng máy hoặc tay đặt Implant vào lỗ khoan trên xương với lực thích hợp.
- Dùng tay vặn chặt Implant tới mức độ thích hợp.

3.7. Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.

3.8. Khâu đóng niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Sốc phản vệ : Điều trị chống sốc.
- Chảy máu : Cầm máu.
- Tổn thương thần kinh răng dưới: Đặt Implant ngắn hơn.
- Thủng đáy xoang hàm: Khâu đóng niêm mạc và theo dõi.
- Tổn thương chân răng lân cận: Tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc khâu đóng niêm mạc và theo dõi.

2. Sau khi phẫu thuật

- Nhiễm trùng : Dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tê môi- cằm do tổn thương thần kinh răng dưới: Tháo Implant và theo dõi.

PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt xương tự thân vào giữa màng xoang và bề mặt xương hàm vùng đáy xoang hàm làm tăng khối lượng xương để cấy ghép Implant.

Có hai kỹ thuật nâng xoang hàm là kỹ thuật nâng xoang kín và nâng xoang hở. Bài này giới thiệu về kỹ thuật nâng xoang kín.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương cần thiết để cấy Implant vùng các răng hàm trên liên quan đến xoang hàm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm không đủ cho làm phục hình răng.
- Khoảng gần – xa vùng mất răng không đủ cho làm phục hình răng.
- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh có bệnh lý xoang hàm không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ phẫu thuật Implant.
- Bộ dụng cụ nâng xoang.
- Bộ dụng cụ lấy xương.
- Máy khoan Implant.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Kháng sinh
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Implant.
- Kim, chỉ khâu…

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng vùng mất răng và xoang hàm.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: gây tê tại chỗ và gây tê vùng.

3.3. Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:

- Rạch niêm mạc màng xương dọc sống hàm vùng mất răng.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương hàm vùng cấy ghép.
- Trong một số trường hợp không cần rạch niêm mạc thì có thể dùng mũi cắt tròn (tissue punch) để đột lợi.

3.4. Khoan xương:

- Xác định vị trí.
- Khoan mũi định vị.
- Khoan mũi hướng dẫn tới vị trí cách đáy xoang 1mm.
- Kiểm tra hướng và độ sâu của lỗ khoan.
- Dùng mũi khoan chuyên dụng để mở đáy xoang.
- Dùng dụng cụ thích hợp tách và nâng nhẹ màng xoang.
- Khoan các mũi lớn dần đến đường kính đã chọn.

3.5. Chuẩn bị xương ghép: theo quy trình lấy xương tự thân.

3.6. Đặt xương nâng xoang:

- Dùng dụng cụ thích hợp đưa xương ghép qua lỗ khoan vào vùng dưới màng xoang.
- Lặp lại động tác trên cho tới khi đặt đủ khối lượng xương.

3.7. Đặt Implant:

- Dùng máy hoặc tay đặt Implant vào lỗ khoan trên xương với lực thích hợp.
- Dùng tay vặn chặt Implant tới mức độ thích hợp.

3.8. Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.

3.9. Khâu đóng niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Sốc phản vệ : Điều trị chống sốc.
- Chảy máu : Cầm máu.
- Thủng đáy xoang hàm: Khâu đóng niêm mạc và theo dõi.
- Tổn thương chân răng lân cận: Tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc khâu đóng niêm mạc và theo dõi.

2. Sau khi phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt xương nhân tạo giữa màng xoang và bề mặt xương hàm vùng đáy xoang hàm làm tăng khối lượng xương để cấy ghép Implant.

Có hai kỹ thuật nâng xoang hàm là kỹ thuật nâng xoang kín và nâng xoang hở. Bài này giới thiệu về kỹ thuật nâng xoang kín.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương cần thiết để cấy Implant vùng các răng hàm trên liên quan đến xoang hàm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm không đủ cho làm phục hình răng.
- Khoảng gần – xa vùng mất răng không đủ cho làm phục hình răng.
- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh có bệnh lý xoang hàm không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ phẫu thuật Implant.
- Bộ dụng cụ nâng xoang.
- Bộ dụng cụ lấy xương.
- Máy khoan Implant.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Kháng sinh
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Implant.
- Bột xương nhân tạo.
- Kim, chỉ khâu…

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng vùng mất răng và xoang hàm.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: gây tê tại chỗ và gây tê vùng.

3.3. Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:

- Rạch niêm mạc màng xương dọc sống hàm vùng mất răng.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương hàm vùng cấy ghép.
- Trong một số trường hợp không cần rạch niêm mạc thì có thể dùng mũi cắt tròn (tissue punch) để đột lợi.
- 3.4. Khoan xương:
- Xác định vị trí.
- Khoan mũi định vị.
- Khoan mũi hướng dẫn tới vị trí cách đáy xoang 1mm.
- Kiểm tra hướng và độ sâu của lỗ khoan.
- Dùng mũi khoan chuyên dụng để mở đáy xoang.
- Dùng dụng cụ thích hợp tách và nâng nhẹ màng xoang.
- Khoan các mũi lớn dần đến đường kính đã chọn.

3.5. Chuẩn bị xương ghép:

- Trộn bột xương nhân tạo với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý.

3.6. Đặt xương nâng xoang:

- Dùng dụng cụ thích hợp đưa bột xương đã chuẩn bị qua lỗ khoan vào vùng dưới màng xoang.
- Lặp lại động tác trên cho tới khi đặt đủ khối lượng xương.

3.7. Đặt Implant:

- Dùng máy hoặc tay đặt Implant vào lỗ khoan trên xương với lực thích hợp.
- Dùng tay vặn chặt Implant tới mức độ thích hợp.

3.8. Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.

3.9. Khâu đóng niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Sốc phản vệ : Điều trị chống sốc.
- Chảy máu : Cầm máu.
- Thủng đáy xoang hàm: Khâu đóng niêm mạc và theo dõi.
- Tổn thương chân răng lân cận: Tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc khâu đóng niêm mạc và theo dõi.

2. Sau khi phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT NÂNG SÀN XOANG HÀM SỬ DỤNG VẬT LIỆU HỖN HỢP ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật đặt xương hỗn hợp bao gồm xương tự thân và xương nhân tạo giữa màng xoang và bề mặt xương hàm vùng đáy xoang hàm làm tăng khối lượng xương để cấy ghép Implant.
- Có hai kỹ thuật nâng xoang hàm là kỹ thuật nâng xoang kín và nâng xoang hở. Bài này giới thiệu về kỹ thuật nâng xoang kín.

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu chiều cao xương cần thiết để cấy Implant vùng các răng hàm trên liên quan đến xoang hàm.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm không đủ cho làm phục hình răng.
- Khoảng gần – xa vùng mất răng không đủ cho làm phục hình răng.
- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh có bệnh lý xoang hàm không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ phẫu thuật Implant.
- Bộ dụng cụ nâng xoang.
- Bộ dụng cụ lấy xương.
- Máy khoan Implant.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Kháng sinh
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Implant.
- Bột xương nhân tạo.
- Kim, chỉ khâu…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng vùng mất răng và xoang hàm.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án
2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật
3.1. Sát khuẩn
3.2. Vô cảm: gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
3.3. Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:
- Rạch niêm mạc màng xương dọc sống hàm vùng mất răng.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương hàm vùng cấy ghép.
Trong một số trường hợp không cần rạch niêm mạc thì có thể dùng mũi cắt tròn (tissue punch) để đột lợi.
3.4. Khoan xương:
- Xác định vị trí.
- Khoan mũi định vị.
- Khoan mũi hướng dẫn tới vị trí cách đáy xoang 1mm.
- Kiểm tra hướng và độ sâu của lỗ khoan.
- Dùng mũi khoan chuyên dụng để mở đáy xoang.
- Dùng dụng cụ thích hợp tách và nâng nhẹ màng xoang.
- Khoan các mũi lớn dần đến đường kính đã chọn.
Lưu ý: Tận dụng thu hồi xương vụn trong quá trình khoan xương hàm và dùng dụng cụ chuyên dụng lấy xương tự thân để sử dụng làm xương ghép.
3.5. Chuẩn bị xương ghép:
Trộn xương vụn tự thân và bột xương nhân tạo với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý.
3.6. Đặt xương nâng xoang:
- Dùng dụng cụ thích hợp đưa xương hỗn hợp đã chuẩn bị qua lỗ khoan vào vùng dưới màng xoang.
- Lặp lại động tác trên cho tới khi đặt đủ khối lượng xương.
3.7. Đặt Implant:
- Dùng máy hoặc tay đặt Implant vào lỗ khoan trên xương với lực thích hợp.
- Dùng tay vặn chặt Implant tới mức độ thích hợp.
3.8. Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.
3.9. Khâu đóng niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Sốc phản vệ : Điều trị chống sốc.
- Chảy máu : Cầm máu.
- Thủng đáy xoang hàm: Khâu đóng niêm mạc và theo dõi.
- Tổn thương chân răng lân cận: Tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc khâu đóng niêm mạc và theo dõi.

2. Sau khi phẫu thuật

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

CẤY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ SAU NHỔ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt Implant vào xương hàm ngay sau khi nhổ răng để làm phục hình.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng chấn thương có chỉ định nhổ.
- Răng tổn thương mất mô cứng thân răng có chỉ định nhổ.
- Răng lung lay có chỉ định nhổ.
- Răng có hình thể bất thường có chỉ định nhổ.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm không đủ cho làm phục hình răng.
- Khoảng gần – xa vùng mất răng không đủ cho làm phục hình răng.
- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Vật liệu cố định xương ghép.
- Bột xương nhân tạo.
- Màng che phủ xương ghép.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng
- Gây mê nếu cần.

3.3 Nhổ răng

Thực hiện theo quy trình nhổ răng. Lưu ý nhổ răng không sang chấn.

3.4 Tạo vạt

- Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tạo vạt hình thang tương ứng vùng răng vừa nhổ.
- Bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ mặt ngòai xương ổ răng.
- Rạch đường giảm căng.

3.5 Khoan xương và đặt Implant

Thực hiện theo quy trình cấy ghép Implant.

3.6 Ghép xương và màng

Thực hiện theo quy trình ghép xương và màng sinh học quanh Implant.

3.7. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Sốc: Điều trị chống sốc.
- Chảy máu : Cầm máu.
- Tổn thương thần kinh răng dưới: Đặt Implant ngắn hơn.
- Thủng đáy xoang hàm: Khâu đóng niêm mạc và theo dõi.
- Tổn thương chân răng lân cận: Tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc khâu đóng niêm mạc và theo dõi.

2. Sau khi phẫu thuật

- Nhiễm trùng : Dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tê môi- cằm do tổn thương thần kinh răng dưới: Tháo Implant và theo dõi

PHẪU THUẬT TĂNG LỢI SỪNG HÓA QUANH IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị thiếu mô lợi sừng hoá, tăng cường sự ổn định Implant trong phục hình răng bằng phẫu thuật ghép mô.
- Có nhiều kỹ thuật làm tăng lợi sừng hóa, bài này giới thiệu kỹ thuật ghép vạt lợi tự do.

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu mô lợi sừng hóa quanh Implant.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Bơm, kim tiêm….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Vật liệu ghép….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê vùng và gây tê tại chỗ.

3.3 Sửa soạn vạt nơi nhận

- Rạch đường rạch ngang trong rãnh lợi quanh cổ Implant và 2 răng lân cận ở 2 bên.
- Rạch 2 đường rạch đứng đi từ 2 đầu đường rạch ngang, đi xuống phía cuống răng với chiều dài phù hợp để trượt vạt.
- Dùng cây bóc tách để bóc tách vạt bán phần.

3.4 Lấy mảnh ghép lợi tự do từ vòm miệng cứng

- Dùng bút vẽ thiết kế vạt với kích thước và hình dạng phù hợp với nơi nhận.

- Rạch đường rạch sát màng xương theo thiết kế.
- Dùng dao tách để lấy được vạt bán phần có biểu mô.
- Phủ vùng lấy vạt bằng xi măng phẫu thuật.

3.5 Ghép mô lợi tự do

- Đặt mảnh ghép lợi tự do vào vị trí ghép và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép và đóng vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT ĐẶT LƯỚI TITANIUM TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị thiếu xương vùng mất răng để cấy Implant phục hình răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương hữu ích.
- Thiếu chiều rộng xương hữu ích.
- Thiếu khối lượng xương hữu ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đến tuổi trưởng thành
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép điều trị.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt đã được đào tạo về cấy ghép nha khoa.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Bơm, kim tiêm….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Lưới Titanium.
- Vật liệu cố định lưới Titanium.
- Bột xương nhân tạo.
- Màng Collagen….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang đánh giá tình trạng xương hàm vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm

- Gây tê vùng và gây tê tại chỗ
- Gây mê nếu cần.

3.3. Sửa soạn vùng nhận.

- Tạo vạt niêm mạc bởi 3 đường rạch:

+ Đường rạch dọc niêm mạc sống hàm: tương ứng vùng mất răng.
+ Hai đường rạch đứng đi từ hai đầu đường rạch trên về phía ngách tiền đình sao cho vạt có đáy hình thang, đủ rộng để thao tác.
+ Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Rạch đường giảm căng.
- Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận :
+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo các điểm chảy máu trên vỏ xương.
+ Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận nếu cần.
3.4. Lấy xương tự thân
- Trường hợp cần ghép khối lượng xương lớn thì có thể tăng cường xương tự thân từ các vị trí trong miệng hoặc ngoài miệng.
3.5. Đặt xương ghép và lưới Titanium
- Uốn và cắt lưới Titanium phù hợp với thể tích cần tái tạo.
- Trộn vật liệu ghép:
Trộn bột xương nhân tạo với máu tự thân và có thể với các mảnh vụn xương tự thân.
- Đặt hỗn hợp xương trộn vào nơi nhận.
- Đặt và cố định lưới Titanium xung quanh khối xương ghép.
3.1. Đặt màng tự tiêu
- Đặt màng tự tiêu phủ toàn bộ lưới Titanium.
- Cố định màng tự tiêu.
3.2. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHẼ CHÂN RĂNG BẰNG GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO VÀ ĐẶT MÀNG SINH HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật tái tạo mô quanh răng vùng chẽ chân răng bằng xương nhân tạo với màng sinh học.
- Xương nhân tạo là vật liệu thay thế xương có nguồn gốc tự nhiên hay tổng hợp.
- Màng sinh học là vật liệu được sản xuất từ nguồn gốc tự nhiên hoặc tổng hợp, tự tiêu hoặc không tiêu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tiêu xương ổ răng vùng chẽ chân răng độ 1,2.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiêu chẽ chân răng độ 3
- Tiêu chẽ chân răng ở người bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2.Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Màng sinh học
- Vật liệu thay thế xương.
- Dụng cụ cố định màng

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ và/hoặc gây tê vùng.
- Gây mê nếu cần.

3.3. Tạo vạt và làm sạch túi quanh răng

- Tạo vạt niêm mạc theo phương pháp Widman cải tiến

+ Rạch lợi theo các đường rạch của phương pháp Widman cải tiến

+ Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch túi quanh răng vùng chẽ:
+ Dùng cây nạo lấy hết phần mô lợi bị viêm và hoại tử
+ Nạo và làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng
+ Bơm rửa sạch túi quanh răng vùng chẽ.
+ Xử trí bề mặt chân răng bằng dung dịch kháng sinh.
+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng.
3.4. Đặt vật liệu thay thế xương và màng sinh học :
- Đặt vật liệu thay thế xương:
+ Trộn vật liệu thay thế xương với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý.
+ Đặt vật liệu đã trộn vào khuyết hổng vùng chẽ theo từng lớp.
- Sửa soạn và đặt màng sinh học:
+ Xử trí màng cho mềm theo hướng dẫn của nhà sản xuất
+ Cắt và thử mảnh giấy vô trùng theo hình dạng và kích thước phù hợp.
+ Cắt màng theo mảnh giấy đã cắt.
+ Đặt màng che phủ vùng chẽ chân răng và vật liệu ghép.
- Cố định màng.
3.5. Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu : Cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT TRƯỢT ĐẨY SANG BÊN CÓ GHÉP NIÊM MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị hở chân răng bằng vạt lợi trượt có ghép niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi loại I,II, III theo phân loại của Miller.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại IV theo phân loại của Miller.
- Thiếu lợi sừng hóa vùng kế cận .
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng và chân răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

3.3Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.
- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

3.4 Sửa soạn bờ lợi:

Dùng dao mổ số 15 cắt bỏ lớp biểu mô ở bờ lợi theo đường vát ngoài, để lộ mô liên kết.

3.5 Tạo vạt lợi

Tạo vạt lợi với ba đường rạch:
+ Đường rạch thứ nhất: Dùng dao số 15 rạch đường rạch đi trong rãnh lợi ở vùng cho và đi ngang ở đáy các nhú lợi. Đường rạch phải đủ rộng, gấp 1,5 lần vùng co lợi.
+ Đường rạch thứ hai: Rạch đường rạch giảm căng chạy dọc, bắt đầu từ điểm cuối của đường rạch trong rãnh lợi chạy về phía cuống răng, đường rạch chạy thẳng cho đến đường nối lợi – niêm.
+ Đường rạch thứ ba: từ điểm cuối của đường rạch thứ hai chạy chếch về phía cuống răng vùng tổn thương.
- Tách vạt:
Dùng dao tách vạt bán phần, để lại màng xương.
- Di chuyển vạt sang bên và đặt thử lên vị trí mong muốn. Chú ý không để vạt bị căng.
3.6 Lấy mảnh ghép:
Mảnh ghép mô liên kết dưới biểu mô được lấy từ niêm mạc vòm miệng cứng, tương ứng chân răng 4,5. Kích thước mảnh ghép tương ứng với vùng cần ghép, nếu không đủ có thể lấy cả hai bên vòm miệng. Mảnh ghép được lấy bằng các đường rạch:
+ Đường rạch thứ nhất: Dùng dao số 15 rạch đường rạch song song và cách đường viền lợi 3 – 5mm, bắt đầu từ phía gần răng 4 và kéo dài tương ứng với kích thước miếng ghép cần lấy. Đường rạch có độ sâu bán phần.
+ Đường rạch thứ hai: Song song với đường rạch thứ nhất, cách đường rạch đầu tiên 1-2 mm về phía thân răng. Đường rạch này vuông góc với bề mặt lợi và sâu sát xương.
+ Hai đường rạch dọc: bắt đầu từ 2 đầu của đường rạch thứ 2 chạy về phía cuống răng, dài bằng kích thước miếng ghép cần lấy, sâu sát xương, dài tối đa 7mm.
- Lật vạt bán phần:
Dùng dao số 15 tạo vạt bán phần có độ dày 1,5 mm từ đường rạch đầu tiên, đi song song với bề mặt niêm mạc vòm miệng, để lộ mô liên kết bên dưới.
- Lấy mảnh ghép:
+ Dùng cây bóc tách hoặc dao Kirland bóc tách phần mô liên kết từ đường rạch thứ hai đến đáy vạt.
+ Dùng dao sô 12 rạch đường ngang ở đáy vạt, sâu sát xương để tách rời miếng tổ chức liên kết vừa tách.
+ Dùng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý để bảo quản mảnh ghép.
- Khâu đóng vạt vòm miệng:
Khâu đóng vạt vòm miệng bằng mũi khâu rời hoặc khâu treo kết hợp khâu đệm ngang.
3.7 Ghép mô liên kết
- Đặt mảnh ghép mô liên kết vào vùng nhận, chỉnh sửa cho phù hợp.
- Cố định mảnh ghép:
+ Mảnh ghép được khâu dọc vào các nhú lợi và khâu ngang vào các mép của vùng tiếp nhận.
+ Khâu treo mảnh ghép vào các răng, móc vào màng xương của đáy vùng nhận.
3.8 Khâu đóng vạt biểu mô:
- Trượt vạt sang bên, phủ lên mảnh ghép.
- Khâu vạt bằng mũi khâu rời ở mép vạt.
- Khâu treo vạt vào nhú lợi và răng.
3.9 Phủ xi măng phẫu thuật.
- Phủ xi măng phẫu thuật vùng cho ở vòm miệng.
- Phủ xi măng phẫu thuật ở vùng nhận.

V.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT NIÊM MẠC TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị hở chân răng bằng ghép vạt niêm mạc toàn phần lấy từ vòm miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi loại I, II theo phân loại của Miller.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại III, IV theo phân loại của Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng và chân răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

3.3Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.
- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

3.4 Sửa soạn bờ lợi:

Dùng dao mổ số 15 cắt bỏ lớp biểu mô ở bờ lợi theo đường vát ngoài, để lộ mô liên kết.

3.5.Lấy mảnh ghép:

Mảnh ghép có cả biểu mô và mô liên kết được lấy từ niêm mạc vòm miệng cứng, tương ứng chân răng 4,5. Kích thước mảnh ghép tương ứng với vùng cần ghép, nếu không đủ có thể lấy cả hai bên vòm miệng.
Mảnh ghép được lấy bằng các đường rạch:
+Dùng dao số 15 rạch đường rạch giới hạn chu vi miếng ghép với hình thể và kích thước phù hợp. Đường rạch vuông góc với bề mặt niêm mạc vòm miệng, sâu sát xương.
+Dùng dao số 15 rạch đường rạch song song với bề mặt biểu mô, sâu khoảng 1mm để tách mảnh ghép có cả biểu mô và mô liên kết ra khỏi vòm miệng.
+Dùng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý để bảo quản mảnh ghép.
3.6 Ghép che phủ chân răng
- Đặt mảnh ghép đã lấy vào vùng nhận, chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép.
3.7. Phủ xi măng phẫu thuật.
- Phủ xi măng phẫu thuật vùng cho ở vòm miệng.
- Phủ xi măng phẫu thuật ở vùng nhận.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG GHÉP MÔ LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tạo hình nha chu thẩm mỹ, sử dụng mảnh ghép mô liên kết lấy từ vòm miệng để che phủ phần chân răng bị hở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi nặng (loại IV theo phân loại của Miller).

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân đang tiến triển: tim mạch, tiểu đường,..
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2.Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng tiêu xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

3.3 Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.
- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

3.4 Tạo vạt:

Dùng dao số 15 tạo vạt hình thang độ dày bán phần, đáy lớn về phía cuống răng bằng 3 đường rạch:

- 2 đường rạch dọc: bắt đầu từ bờ lợi ở 2 phía chân răng hở sao cho tương ứng với ranh giới men- xi măng chạy về phía cuống răng, cách đường viền lợi của răng kế cận ít nhất 0,5 mm để bảo tồn nhú lợi.
- Đường rạch ngang: đi từ đỉnh của đường rạch dọc thứ nhất, đi trong khe lợi ở vùng co lợi, và cắt ngang qua nhú lợi ngang mức đường ranh giới men – xi măng và kết thúc ở đỉnh của đường rạch dọc thứ hai.
- Tách vạt lợi và rạch đường giảm căng:
+ Dùng dao tách vạt bán phần.
+ Dùng dao rạch đường giảm căng cắt qua màng xương ở đáy vạt.
3.5 Lấy mảnh ghép:
Mảnh ghép tổ chức liên kết dưới biểu mô được lấy từ niêm mạc vòm miệng cứng, tương ứng chân răng 4,5. Kích thước mảnh ghép tương ứng với vùng cần ghép, nếu không đủ có thể lấy cả hai bên vòm miệng. Mảnh ghép được tạo ra bằng các đường rạch:
+ Đường rạch thứ nhất: Dùng dao số 15 rạch đường rạch song song và cách đường viền lợi 3 – 5mm, bắt đầu từ phía gần răng 4 và kéo dài tương ứng với kích thước miếng ghép cần lấy. Đường rạch có độ sâu bán phần.
+ Đường rạch thứ hai: Song song với đường rạch thứ nhất, cách đường rạch đầu tiên 1-2 mm về phía thân răng. Đường rạch này vuông góc với bề mặt lợi và sâu sát xương.
+ Hai đường rạch dọc: bắt đầu từ 2 đầu của đường rạch thứ 2 chạy về phía cuống răng, dài bằng kích thước miếng ghép cần lấy, sâu sát xương, dài tối đa 7mm.
- Lật vạt bán phần:
Dùng dao số 15 tạo vạt bán phần có độ dày 1,5 mm từ đường rạch đầu tiên, đi song song với bề mặt niêm mạc vòm miệng, để lộ mô liên kết bên dưới.
- Lấy mảnh ghép:
+ Dùng cây bóc tách hoặc dao Kirland bóc tách phần mô liên kết từ đường rạch thứ hai đến đáy vạt.
+ Dùng dao sô 12 rạch đường ngang ở đáy vạt, sâu sát xương để tách rời miếng tổ chức liên kết vừa tách.
- Bảo quản mảnh ghép: Dùng gạc tẩm dung dịch nước muối 0,9% để giữ ẩm mảnh ghép.
- Khâu đóng vạt vòm miệng:
Khâu đóng vạt vòm miệng bằng mũi khâu rời hoặc khâu treo kết hợp khâu đệm ngang.
3.6. Ghép mô liên kết
- Đặt mảnh ghép mô liên kết vào vùng nhận, chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép:
+ Mảnh ghép được khâu dọc vào các nhú lợi và khâu ngang vào các mép của vùng tiếp nhận.
+ Khâu treo mảnh ghép vào các răng, móc vào màng xương của đáy vùng nhận.
3.7. Khâu đóng vạt biểu mô:
- Trượt vạt về phía thân răng, phủ kín mảnh ghép.
- Khâu vạt bằng mũi khâu rời ở mép vạt.
- Khâu treo vạt vào nhú lợi và răng.
3.8. Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.
- Phủ xi măng phẫu thuật vùng cho ở vòm miệng.
- Phủ xi măng phẫu thuật ở vùng nhận.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Tháo xi măng phẫu thuật, cầm máu và đặt lại xi măng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẠT TRƯỢT SANG BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng vạt niêm mạc lợi trượt sang bên để che phủ phần chân răng bị hở ra do tụt lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

Co lợi loại I, II theo phân loại của Miller.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi nặng (loại III, IV theo phân loại của Miller).
- Người bệnh có các bệnh toàn thân đang tiến triển: tim mạch, tiểu đường,..
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Vùng kế cận có mô lợi sừng hóa không đủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

3.3 Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.
- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

3.4 Sửa soạn bờ lợi:

Dùng dao mổ số 15 cắt bỏ lớp biểu mô ở bờ lợi theo đường vát ngoài, để lộ mô liên kết.

3.5 Tạo vạt lợi với ba đường rạch:

+ Đường rạch thứ nhất: Dùng dao số 15 rạch đường rạch đi trong rãnh lợi ở vùng cho và đi ngang ở đáy các nhú lợi. Đường rạch phải đủ rộng, gấp 1,5 lần vùng co lợi.
+ Đường rạch thứ hai: Rạch đường rạch giảm căng chạy dọc, bắt đầu từ điểm cuối của đường rạch trong rãnh lợi chạy về phía cuống răng, đường rạch chạy thẳng cho đến đường nối lợi – niêm.
+ Đường rạch thứ ba: từ điểm cuối của đường rạch thứ hai chạy chếch về phía cuống răng vùng tổn thương.
- Tách vạt:
Dùng dao tách vạt bán phần, để lại màng xương.
- Di chuyển vạt sang bên:
Đặt vạt lợi che kín vùng chân răng bị lộ. Chú ý không để vạt bị căng.
- Khâu đóng vạt:
+ Khâu mép vạt bằng mũi khâu rời
+ Khâu giữ vạt bằng mũi khâu treo vào nhú lợi và răng.
- Phủ xi măng phẫu thuật:
Dùng xi măng phẫu thuật phủ kín vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu:T xi măng phẫu thuật, cầm máu và đặt lại xi măng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG ĐẶT MÀNG SINH HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị hở chân răng bằng phẫu thuật vạt niêm mạc có đặt màng sinh học.
- Màng sinh học có nguồn gốc tự nhiên hoặc tổng hợp. Có màng sinh học tự tiêu và không tiêu, trong kỹ thuật này sử dụng màng sinh học tự tiêu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi loại I,II, III theo phân loại của Miller.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại IV theo phân loại của Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng và chân răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

3.3Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.
- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

3.4Tạo vạt lợi:

- Dùng dao số 15 tạo vạt lợi hình thang với độ dày bán phần, đáy lớn về phía cuống răng. Vạt được tạo bằng 3 đường rạch:
+ 2 đường rạch dọc: Đi từ bờ lợi ở 2 phía chân răng hở sao cho tương ứng với ranh giới men- xi măng chạy về phía cuống răng, cách đường viền lợi của răng kế cận ít nhất 0,5 mm để bảo tồn nhú lợi.
+ Đường rạch ngang: Đi từ đỉnh của đường rạch dọc thứ nhất, đi trong khe lợi ở vùng co lợi, cắt ngang qua nhú lợi ngang mức đường ranh giới men – xi măng và kết thúc ở đỉnh của đường rạch dọc thứ hai.
- Tách vạt lợi và rạch đường giảm căng:
+ Dùng dao tạo vạt bán phần.
+ Dùng dao rạch đường giảm căng cắt qua màng xương ở đáy vạt.
3.5. Đặt màng sinh học:
- Cắt màng sinh học cho phù hợp với hình dáng bề mặt chân răng bị lộ sao cho kích thước của màng phải rộng hơn kích thước vùng co lợi 3 mm mỗi chiều.
- Khâu cố định màng.
3.6. Khâu đóng vạt:
- Trượt vạt về phía thân răng, phủ kín màng sinh học.
- Khâu đóng vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT VẠT NIÊM MẠC LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị làm tăng chiều cao lợi dính bằng phẫu thuật chuyển vạt niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu lợi dính gây co lợi hở chân răng.
- Thiếu lợi sừng hóa gây trở ngại phục hình răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại IV theo phân loại Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: gây tê tại chỗ

3.3 Tạo vạt

Tạo vạt niêm mạc chuyển về phía cuống răng bằng 3 đường rạch:

+ Đường rạch ngang: Dùng dao số 15 rạch đường rạch đi trong khe lợi, độ dày bán phần, không đến màng xương.

+ Hai đường rạch giảm căng: dùng dao số 15 rạch đường rạch đi từ 2 đầu của đường rạch ngang đi về phía cuống răng.

+ Dùng dao tạo vạt bán phần đi từ đường rạch ngang đến ranh giới lợi – niêm.

3.4 Dịch chuyển vạt:

- Dịch chuyển vạt về phía cuống răng.

- Cố định vạt bằng các mũi khâu đệm dọc đính vào màng xương.
3.5 Phủ xi măng phẫu thuật.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng : Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT GHÉP BIỂU MÔ VÀ MÔ LIÊN KẾT LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị làm tăng chiều cao lợi dính bằng ghép biểu mô và mô liên kết lấy từ niêm mạc vòm miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu lợi dính gây co lợi hở chân răng.
- Thiếu lợi sừng hóa gây trở ngại phục hình răng.

III.CHỐNG CHỈ ĐINH

- Co lợi loại IV theo phân loại Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: gây tê tại chỗ

3.3 Sửa soạn lợi nơi nhận mảnh ghép.

- Tạo vạt lợi:

Dùng dao số 15 tạo vạt hình thang độ dày bán phần, đáy lớn về phía cuống răng bằng 3 đường rạch:

+ Đường rạch ngang: dùng dao số 15 rạch đường rạch bán phần, ngang mức đường ranh giới lợi – niêm mạc ở vùng răng cần điều trị, rộng sang hai bên 3mm.

+ 2 đường rạch dọc: bắt đầu từ 2 đầu đường rạch ngang chạy về phía cuống răng.

+ Tách vạt lợi: Dùng dao tách vạt bán phần.

- Lấy bỏ biểu mô vùng nhận:
Dùng dao số 15 lấy bỏ tổ chức biểu mô của phần lợi dính phía thân răng theo đường vát ngoài, để lộ tổ chức liên kết.
- Trượt vạt bán phần về phía cuống răng.
- Khâu cố định vạt vào màng xương bằng mũi khâu đệm.
3.4 Lấy mảnh ghép:
Mảnh ghép biểu mô với mô liên kết được lấy từ niêm mạc vòm miệng cứng, tương ứng chân răng 4,5. Kích thước mảnh ghép tương ứng với vùng cần ghép, nếu không đủ có thể lấy cả hai bên vòm miệng.
Mảnh ghép được tạo ra bằng các đường rạch:
+ Dùng dao số 15 rạch đường rạch giới hạn chu vi miếng ghép, đường rạch vuông góc với bề mặt niêm mạc vòm miệng, sâu sát xương.
+ Dùng dao số 15 rạch đường rạch song song với bề mặt biểu mô, sâu khoảng 1mm để tách mảnh ghép biểu mô liên kết ra khỏi niêm mạc vòm miệng.
+ Dùng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý bảo quản mảnh ghép.
3.5 Cố định mảnh ghép:
- Đặt mảnh ghép vào vùng nhận đã sửa soạn và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép:
3.6 Phủ xi măng phẫu thuật
- Phủ xi măng phẫu thuật vùng cho ở vòm miệng.
- Phủ xi măng phẫu thuật ở vùng nhận.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị tạo hình lợi, loại bỏ hoặc làm giảm túi quanh răng, tạo lại hình thể giải phẫu của lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau khi điều trị khởi đầu.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng tiêu xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

3.3 Tạo hình lợi và loại bỏ túi quanh răng

- Dùng dao số 15 rạch đường rạch có mép vát trong, từ vị trí cách mào xương ổ răng 3 mm về phía thân răng. Đường rạch có độ dày toàn phần, theo hình vỏ sò quanh cổ răng.
- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ phần mô lợi tách ra, các tổ chức hoại tử, tổ chức hạt và biểu mô bệnh lý ở mặt trong túi lợi.
- Làm sạch mặt chân răng lộ ra bằng đầu siêu âm hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm.
- Bơm rửa: bằng nước Oxy già 3V hoặc nước muối sinh lý

3.4 Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị giảm hoặc loại bỏ túi quanh răng bằng phẫu thuật vạt.
- Hiện nay có 3 kỹ thuật phẫu thuật vạt là vạt Widman cải tiến, vạt không đặt lại vị trí, và vạt chuyển lại vị trí về phía cuống răng.
- Trong bài này, giới thiệu kỹ thuật vạt Widman cải tiến.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau điều trị khởi đầu.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng quanh răng.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

3.3 Tạo vạt niêm mạc.

- Rạch tạo vạt niêm mạc lợi theo phương pháp Widman cải tiến.
- Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ xương ổ răng vùng phẫu thuật.

3.4 Loại bỏ tổ chức viêm trong túi quanh răng:

- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ các mô hoại tử, mô hạt phía thành trong của vạt và xương ổ răng.

- Làm nhẵn mặt chân răng lộ ra bằng mũi khoan tròn nhỏ, tốc độ chậm hoặc bằng đầu lấy cao siêu âm.
- Dùng mũi khoan thích hợp sửa chữa tạo hình bờ xương ổ răng.
- Bơm rửa vùng phẫu thuật bằng nước muối sinh lý.

3.5 Khâu phục hồi.
- Đặt vạt lợi về vị trí thích hợp.
- Khâu đóng vạt.

3.6 Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

NẠO TÚI LỢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo túi lợi là thủ thuật thường dùng trong điều trị bệnh viêm quanh răng nhằm làm sạch phần mô mềm bị viêm ở thành ngoài túi lợi bệnh lý, cao răng bám ở thành trong và các thành phần nằm trong túi lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần giảm viêm ở túi lợi có độ sâu trung bình với tổ chức lợi xơ dày.
- Áp xe quanh răng
- Làm giảm viêm trước khi tiến hành các phẫu thuật quanh răng khác hay ở người có chống chỉ định phẫu thuật.
- Túi lợi viêm sau một thời gian đã tiến hành một phương pháp phẫu thuật quanh răng khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Túi lợi có thành bên lợi rất mỏng
- Khi có biểu hiện viêm cấp tính
- Lợi phì đại do phenytoin
- Những túi quá sâu, đi hết phần lợi dính, đặc biệt ở vùng răng hàm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang tình trạng xương hàm.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn niêm mạc quanh vùng chuẩn bị nạo .
- Tiêm tê tại chỗ
- Dùng cây nạo, nạo tổ chức viêm ở thành ngoài túi lợi, lấy ngón tay giữ phía ngoài của thành ngoài túi lợi, làm sạch cao răng, mảng bám ở thành chân răng và các thàn phần nằm trong túi lợi.
- Bơm rửa túi lợi bằng nước Ôxy già 10V và nước muối 0,9%.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau khi nạo 1 hoặc vài ngày: Bơm rửa sạch túi lợi, đắp băng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng : Dùng kháng sinh, chống viêm qua đường toàn thân kết hợp tại chỗ

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tạo hình lại nhú lợi trong điều trị các trường hợp biến dạng hoặc mất nhú lợi do các bệnh lý khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Biến dạng nhú lợi
- Mất nhú lợi.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại III, IV theo Miller.
- Thiếu lợi sừng hóa.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê tại chỗ.

3.3 Tạo vạt lợi:

+ Rạch đường rạch hình bán nguyệt có độ dày bán phần và bề cong quay về phía cổ răng, cách bờ lợi ít nhất 2 mm.

+ Rạch đường rạch trong khe lợi cho đến khi gặp đường rạch bán nguyệt.

+ Dùng dao số 15 tạo vạt bán phần.

3.4 Di chuyển vạt

Kéo vạt về phía thân răng che phủ chân răng vùng co lợi. Chú ý không để vạt ở tình trạng căng quá mức.

- Ép chặt vạt bằng một miếng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý trong 5 phút.

3.5 Phủ xi măng phẫu thuật vùng phẫu thuật.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG NẸP KIM LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị cố định các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng nẹp kim loại liên kết các răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.
- Răng lung lay đơn lẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: gương gắp, thám châm.

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Cồn
- Thuốc tê
- Thìa lấy dấu
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu
- Vật liệu gắn….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Sửa soạn trên miệng.

- Xác định các răng cần liên kết.
- Sửa soạn các vị trí đặt nẹp trên các răng nếu cần.
- Lấy dấu bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Thiết kế nẹp trên mẫu thạch cao.

3.2 Đúc nẹp

Thực hiện tại Labo.

3.3 Đặt nẹp và cố định nẹp.

- Đặt nẹp vào các vị trí đã thiết kế ban đầu.
- Kiểm tra độ sát khít,độ ổn định và khớp cắn.

- Chỉnh sửa nẹp cho phù hợp.
- Cố định nẹp trên các răng đã sửa soạn bằng cement.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm sóat mảng bám răng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

2. Sau khi điều trị

- Viêm lợi và viêm quanh răng:

+ Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

+ Hướng dẫn người bệnh cách kiểm sóat mảng bám răng.

LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG DÂY CUNG KIM LOẠI VÀ COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng cách liên kết các răng bằng dây kim loại và cố định dây bằng composite.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa,
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Đèn quang trùng hợp….

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Composite các loại, etching, keo dán.
- Chêm gỗ, dây cung liên kết bằng thép không rỉ.
- Bột đánh bóng, bông gạc…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch bề mặt các răng bằng các dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Chọn và sửa soạn dây cung.
- Xoi mòn bề mặt men răng vùng đặt và cố định các dây bằng acid phosphoric 37%.
- Rửa sạch.
- Đặt chêm gỗ vào khoảng giữa các kẽ răng.
- Cách ly các răng và làm khô bề mặt răng.
- Phủ keo dán lên bề mặt răng và chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt composite lên mặt trong của các răng vùng đã sửa soạn.
- Đặt dây cung vào mặt trong các răng ở vị trí phù hợp.
- Phủ dây cung bằng composite.
- Cố định dây cung bằng chiếu đèn quang trùng hợp.
- Lấy chêm gỗ ra khỏi kẽ răng.

- Chỉnh sửa bề mặt Composite cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm sóat mảng bám răng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị

Viêm lợi và viêm quanh răng: Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh răng cấp.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Dụng cụ

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám châm.
- Bơm, kim tiêm.
- Dụng cụ trích rạch áp xe….

2.2.Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Dung dịch nước muối sinh lý…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.1. Dẫn lưu qua túi lợi:

- Dùng thám châm hoặc dụng cụ có đầu nhỏ dẹt ép vào thành túi lợi tương ứng với ổ áp xe.
- Dùng thám châm thâm nhập vào ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

3.2. Dẫn lưu qua đường rạch bên ngòai.

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

- Cách ly, làm khô và sát trùng.
- Gây tê tại chỗ.
- Dùng dao rạch đường rạch đứng qua phần di động nhất của tổn thương, đi từ lợi niêm đến bờ lợi.

Nếu chỗ sưng phồng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sưng phồng phía cuống răng và mở rộng đến bở lợi.

Đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mủ.
- Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu.
- Bơm rửa bằng nước ấm.
- Làm khô và chấm thuốc sát khuẩn.

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

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị:
- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ ÁP-XE QUANH RĂNG MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ mô hoại tử tạo thành xoang ở xương ổ răng có sử dụng phẫu thuật vạt.

II. CHỈ ĐỊNH:

Áp xe quanh răng mạn tính.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊN

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép điều trị.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 .Dụng cụ:

- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bơm, kim tiêm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu
- Bộ dụng cụ nạo túi quang răng
- Máy và đầu lấy cao răng siêu âm

2.2.Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Xi măng phẫu thuật.
- Dung dịch nước muối sinh lý…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

Phim Xquang đánh giá tình trạng quanh răng

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Áp xe quanh răng mạn được điều trị bằng phẫu thuật vạt với các bước:

- Dùng thám châm xác định vị trí ổ áp xe ở mặt tiền đình hay mặt lưỡi để chọn đường rạch.
- Gây tê tại chỗ.
- Lấy cao răng lớp nông.
- Tạo vạt lợi với các đường rạch:

+ Rạch 2 đường rạch đứng từ bờ lợi đến nếp niêm mạc má:

Nếu rạch phía lưỡi thì 2 đường rạch đi từ bở lợi đến mức cuống răng.

Các đường rạch phải có được 1 trường phẫu thuật đủ rộng.

+ Rạch đường rạch gần xa qua nhú kẽ răng để tạo điều kiện tách vạt.

- Dùng cây tách màng xương để tách vạt với độ dầy là vạt tòan phần.

Trường hợp áp xe mà ban đầu là cấp thì cố gắng hợp nhất với đường rạch lần trước để vạt tách ra trong cùng một vạt.

- Quan sát và đánh giá:
+ Mô hạt ở bờ lợi.
+ Cao răng ở bề mặt chân răng.
+ Một xoang mở ra thành xương bên ngòai mà có thể thăm thám châm được vào bên trong tới chân răng.
+ Mô mềm có mủ ở lỗ xoang.
- Dùng nạo lấy hết mô hạt, bộc lộ rõ chân răng.
- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Nạo xoang.
- Lấy bỏ mép xương mỏng giữa xoang và bờ xương ổ răng.
- Dùng miếng gạc làm thành hình chữ U phủ vào bề mặt để cầm máu và giữ cho tới khi ngừng chảy máu.
- Khâu đóng vạt.
- Đắp xi măng phẫu thuật.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị
- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh tòan thân và chăm sóc tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị tổn thương mô quanh răng do viêm.
- Viêm quanh răng là tình trạng bệnh lý với biểu hiện tiêu xương ổ răng, mất bám dính quanh răng và tạo thành túi lợi bệnh lý, là một trong các nguyên nhân gây mất răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm quanh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định điều trị phẫu thuật quanh răng:
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ
- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ dụng cụ lấy cao răng
- Bộ dụng cụ phẫu thuật quanh răng….

2.2 Thuốc và vật liệu
- Dung dịch sát khuẩn.
- Thuốc tê
- Cồn, ôxy già, nước muối sinh lý
- Kháng sinh
- Xi măng phẫu thuật
- Kim, chỉ khâu
- Vật liệu ghép, màng sinh học….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng quanh răng.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Giai đoạn điều trị khởi đầu
- Điều trị các tổn thương cấp tính quanh răng:

+ Điều trị áp xe lợi.
+ Điều trị áp xe quanh răng cấp.
+ Điều trị các tổn thương lợi cấp.
+ Điều trị viêm quanh thân răng cấp

+ Điều trị các răng viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp….
- Điều trị loại bỏ các yếu tố bệnh căn:
+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
+ Sửa chữa các phục hồi và /hoăc phục hình sai qui cách.
+ Hàn răng sâu.
+ Điều chỉnh khớp cắn sai.
+ Cố định răng lung lay.
+ Cắt phanh môi bám sai vị trí.
- Hướng dẫn người bệnh các biện pháp kiểm soát mảng bám răng, kiểm sóat chế độ ăn.

3.2. Điều trị phẫu thuật

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể lựa chọn biện pháp điều trị phẫu thuật loại bỏ túi quanh răng và phục hồi mô quanh răng phù hợp:
- Nạo túi quanh răng
- Phẫu thuật lật vạt nạo túi quanh răng.
- Phẫu thuật cắt lợi
- Ghép xương và các vật liệu thay thế
- Phẫu thuật tái sinh mô có hướng dẫn….

3.4. Điều trị phục hồi

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể lựa chọn biện pháp điều trị phục hồi phù hợp:
- Phục hình tháo lắp
- Phục hình cố định
- Cấy ghép và phục hình trên implant.

3.5. Điều trị duy trì
- Lấy cao răng định kỳ
- Hướng dẫn người bệnh duy trì kiểm sóat mảng bám răng và chế độ ăn hợp lý.
- Điều trị duy trì khớp cắn đúng…

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau quá trinh điều trị

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

CHÍCH APXE LỢI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH:

Áp xe lợi.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1.Dụng cụ

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

2.2.Thuốc và vật liệu

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vùng chuyển sóng.
- Gây tê tại chỗ.
- Trích áp xe:

+ Dùng dao rạch ở vị trí tương ứng vùng chuyển sóng.
+ Làm rộng nhẹ nhàng đường rạch để dẫn lưu mủ.
+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc ôxy già 3 thể tích.
+ Phủ bằng gạc.
+ Sau khi ngừng chảy máu cho người bệnh .
+ Hướng dẫn người bệnh trong 24h đầu, súc miệng nước muối ấm 2 giờ một lần.
+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thường không có tai biến

KỸ THUẬT LẤY CAO RĂNG

I.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.

II.CHỈ ĐỊNH

- Cao răng trên lợi.
- Cao răng dưới lợi.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Viêm lợi miệng loét hoại tử cấp.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện:

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Dụng cụ lấy cao răng.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Bột đánh bóng
- Dung dịch oxy già 3-4 thể tích….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. 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 dưới lợi.
- Dùng các cây lấy cao răng cầm tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy được.
- 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.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau quá trình điều trị

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG CÓ SỬ DỤNG SIÊU ÂM VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NGUỘI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng có dùng máy siêu âm nha khoa hỗ trợ việc phát hiện, làm sạch hệ thống ống tủy.
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn ngang trong nội nha .

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng

bằng Xylocain 2%.
3.2. Cách ly răng
Sử dụng đê cao su
3.3. Mở tuỷ
- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.
3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy
- Lấy sạch tủy ở buồng tuỷ và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:
+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,
+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.
+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tuỷ:
Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:
+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...
- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy, dùng chất bôi trơn và làm mềm thành ống tủy.
3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy
- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:
Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
+ Chọn và đặt côn gutta-percha chuẩn có đường kính phù hợp ống tủy.
+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:
+ Đưa xi măng trám bít vào thành ống tuỷ ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.
+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:
Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.
3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

ĐIỀU TRỊ TUỶ RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TUỶ BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng ở đó tủy răng được thay thế bằng một loại vật liệu hàn ống tủy đặc biệt để phòng ngừa hiện tượng tái nhiễm trùng tủy răng..
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn ngang trong nội nha .

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha…

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tuỷ và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:

+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.

+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tuỷ:

Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy, dùng chất bôi trơn và làm mềm thành ống tủy.

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:

+ Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng

+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:

+ Đưa xi măng trám bít vào thành ống tuỷ ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.

+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.

+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở ừng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay cầm tay để tạo hình hệ thống ống tủy
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tủy không hồi phục
- Tủy hoại tử
- Viêm quanh cuống răng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa
- Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm…
- Dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D…

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu điều trị nội nha…

3. Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh:

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

3. Thực hiện kỹ thuật

4. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tuỷ và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tuỷ.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ bằng các trâm xoay cầm tay

+ Dùng trâm tay số 6 hoặc 8 để thăm dò ống tủy.
+ Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.
+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:

Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng
+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:

+ Đưa xi măng trám bít vào thành ống tuỷ ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.
+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, ,
hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống.
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Tay khoan nội nha
- Bộ trâm xoay máy điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D…

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha…

3. Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh:

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng

bằng Xylocain 2%.
3.2. Cách ly răng
Sử dụng đê cao su
3.3. Mở tuỷ
- Dùng mũi khoan thích hợpmở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.
3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy
- Lấy sạch tủy ở buồng tuỷ và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tuỷ.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ bằng các trâm xoay máy với tay khoan nội nha (tốc độ 300 vòng/ phút):
clxii
+ Dùng trâm tay số 6 hoặc 8 để thăm dò ống tủy.
+ Sử dụng các trâm xoay máy để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.
+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...
3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy
- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau .cùng
+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:
+ Đưa chất dán dính vào thành ống tuỷ ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.
+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:
Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.
3.6. Hàn phục hồi thân răng
Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, , hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, ,

hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

CHỤP TỦY BẰNG MTA/Biodentine/ VẬT LIỆU SINH HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật che và bảo vệ tủy bằng MTA/Biodentine hoặc vật liệu sinh học (biomaterial) nhằm tạo điều kiện cho sự lành thương của tủy.
- Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.
- Mineral Trioxide Aggregate (MTA/Biodentine) có khả năng kháng khuẩn, ứng dụng rộng rãi trong điều trị tủy: che tủy, thủng sàn tủy, sửa chữa những tổn thương quanh chóp…

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục.
- Răng sâu ngà sâu có nhạy cảm ngà
- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoang hàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có viêm quanh răng nặng.
- Răng viêm tủy có hồi phục mà có hở tủy.
- Răng có mô tủy Canxi hóa cục bộ hoặc toàn bộ.
- Người bệnh có các bệnh nhiễm trùng toàn thân cấp tính hoặc giai đoạn đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn MTA/Biodentine.
- Bộ dụng cụ hàn răng.

2.2 Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- MTA/Biodentine/ Vật liệu sinh học
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
+ Làm khô xoang hàn.
- Đặt MTA/Biodentine/ Vật liệu sinh học:
+ Dùng que hàn lấy MTA/Biodentine/ Vật liệu sinh học và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
+ Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt MTA/Biodentine/ Vật liệu sinh học.
- Hàn phục hồi xoang hàn:
+ Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam… phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
+ Kiểm tra khớp cắn.
+ Hoàn thiện phần phục hồi.
clxix

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu tủy: tùy trường hợp có thể cầm máu hoặc điều trị tủy.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy.
- Tủy hoại tử : Điều trị tủy.

LẤY TỦY BUỒNG RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy buồng bị tổn thương và bảo tồn phần tủy chân.

II.CHỈ ĐỊNH

- Tai biến thủng trần tủy trong quá trình sửa soạn lỗ sâu.
- Viêm tủy ở răng vĩnh viễn chưa đóng kín cuống.
- Răng hở tủy do chấn thương.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ đinh nhổ.
- Răng có chỉ định điều trị nội nha.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng.

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc che tủy Biodentine

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Vô cảm bằng gây tê tại chỗ bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Lấy tủy buồng

- Dùng nạo ngà sắc cắt lấy toàn bộ phần tủy buồng.
- Cầm máu.

3.5. Bảo vệ tủy chân và hàn phục hồi:
- Đặt Biodentine sát miệng ống tủy, phủ kín toàn bộ sàn tủy.
- Hàn kín buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.
- Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Tổn thương tủy chân: điều trị nội nha.
- Chảy máu mặt cắt tủy: cầm máu.

2. Sau điều trị

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG THỦNG SÀN BẰNG MTA/Biodentine

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thủng sàn tủy có thể là hậu quả của bệnh lý sâu răng hoặc tai biến trong điều trị nội nha.
- MTA/Biodentine là loại xi măng có tính tương hợp sinh học cao, kích thích lành thương và tái tạo xương cho nên được sử dụng để hàn kín lỗ thủng sàn tủy.

II.CHỈ ĐỊNH

- Răng thủng sàn tủy do bệnh lý sâu răng..
- Thủng sàn tủy do tai biến trong điều trị nha khoa.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ.
- Người bệnh dị ứng với thành phần của MTA/Biodentine.
- Kích thước và vị trí lỗ thủng làm mất kiểm soát ống tủy chân răng.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ RHM.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D.
- Cây nhồi MTA/Biodentine

2.2.Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu điều trị nội nha
- MTA/Biodentine

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng

Xylocain 2%.
3.2 Cách ly răng
Sử dụng đê cao su
3.3 Mở tuỷ
- Dùng mũi khoan thích hợpmở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.
3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy
- Lấy sạch tủy ở buồng tuỷ và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:
+ Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,
+ Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.
+ Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tuỷ:
Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:
+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng các dung dịch nước muối sinh lý, ôxy già 3 thể tích, Natri hypoclorid 2,5-5%...
- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy.
3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy
- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:
+ Đưa chất dán dính vào thành ống tuỷ ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.
+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại: Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.
3.6 Hàn kín lỗ thủng sàn buồng tủy bằng MTA/Biodentine:
- Làm khô sàn tủy và lỗ thủng.
- Hàn lỗ thủng sàn bằng MTA/Biodentine:

+ Trộn MTA/Biodentine
+ Lấy MTA/Biodentine bằng cây nhồi, đặt vào vị trí thủng sàn, lèn nhẹ.
- Hàn tạm buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.
3.7 Hàn kín lại buồng tủy và phục hồi thân răng (lần hẹn sau):
- Lấy bỏ lớp hàn tạm trên lớp MTA/Biodentine.
- Kiểm tra tình trạng sàn buồng tủy.
- Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp .

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.
- Viêm vùng chẽ chân răng: điều trị viêm vùng chẽ.

ĐIỀU TRỊ TỦY LẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị lại tủy răng đã được điều trị nội nha nhưng không đạt và có biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm quanh cuống đã điều trị tủy.
- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng sữa đến tuổi thay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D…
- Dụng cụ tháo chất hàn cũ:

+ Dụng cụ tháo cầu chụp
+ Bộ sửa soạn đường vào ống tủy: mũi khoan các loại
+ Máy lấy cao răng P5 và đầu siêu âm nội nha
+ Bộ trâm điều trị lại.

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha…
- Vật liệu làm tan chất hàn cũ: Eugenate desobturator, Resin remove ...

3. Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy và vùng cuống răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Loại bỏ chất hàn cũ:

- Tháo bỏ phục hình cũ (nếu có).
- Lấy bỏ chất hàn ở buồng tủy.
- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy:
+ Dùng dung môi làm mềm chất hàn.
+ Tháo bỏ chất hàn cũ bằng dụng cụ thích hợp.
+ Bơm rửa.
+ Đặt thêm chất làm tan mới và lặp lại quy trình trên cho đến hết chất hàn cũ trong lòng hệ thống ống tủy.
3.2. Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ:
- Xác định chiều dài làm việc của ống tuỷ: Dùng máy đo chiều dài hoặc dựa trên Xquang.
- Dùng trâm tay số 6 hoặc 8 để thăm dò ống tủy.
- Sử dụng các file tạo hình ống tủy (cầm tay hoặc máy) để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
- Làm sạch hệ thống ống tủy bằng cách bơm rửa với các dung dịch : nước muối sinh lý, ôxy già 3thể tích, Natri hypoclorid 2,5-5%...
- Chọn, thử côn gutta-percha chính: Chọn 1 côn gutta-percha chuẩn có đường kính phù hợp với file lớn nhất đã tạo hình đủ chiều dài làm việc của ống tuỷ
- Kiểm tra chiều dài của hệ thống ống tủy trên Xquang.
3.3. Hàn kín hệ thống ống tủy
- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
+ Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
+ Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tuỷ:
+ Đưa chất dán dính vào thành ống tuỷ ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
+ Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
+ Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
+ Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
+ Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tuỷ.
+ Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tuỷ sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
+ Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơ nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:
Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.
3.4 Hàn phục hồi thân răng
Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/Biodentine, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

PHẪU THUẬT NỘI NHA CÓ CẮT BỎ CHÂN RĂNG VÀ MỘT PHẦN THÂN RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn sau điều trị nội nha ở răng nhiều chân nhằm bảo tồn phần còn lại của răng đã được điều trị nội nha thành công.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng có túi lợi bệnh lý độ III ở một chân răng mà không thể điều trị bảo tồn được.
- Chân răng điều trị nội nha không thành công: gãy hoặc nứt chân răng, ống tủy tắc hoặc gãy dụng cụ không lấy ra được…

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân đang trong giai đoạn tiến triển.
- Răng lung lay độ III.
- Vách xương ổ răng không đảm bảo cho sự vững chắc của chân răng còn lại.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt,
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Mũi khoan kim cương các loại, mũi khoan mở xương
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê:
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu cầm máu
- Bông gạc vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước kỹ thuật

- Gây tê vùng và tại chỗ.
- Tạo vạt niêm mạc màng xương.
- Bóc tách vạt để bộc lộ xương ổ răng.
- Bộc lộ chân răng cần cắt: dùng mũi khoan lấy đi phần xương phía ngoài còn lại của chân răng cần cắt.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng: Dùng mũi khoan trụ cắt dọc phần thân răng tới vùng chẽ chân răng.
- Dùng bẩy hoặc kìm để lấy thân răng và chân răng.

- Dùng mũi khoan hoàn thiện làm nhẵn bề mặt vừa cắt.
- Khâu đóng kín vạt.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và vệ sinh tại chỗ
- Tình trạng ổn định của chân và thân răng còn lại.

PHẪU THUẬT NỘI NHA HÀN NGƯỢC ỐNG TỦY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị nội nha hàn ngược ống tủy từ phía cuống răng để bảo tồn răng trong các trường hợp không thể hàn ống tủy theo phương pháp đi từ phía thân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở 1/3 phía chóp răng mà không lấy ra được hoặc không đi qua được trong lúc sửa soạn ống tủy.
- Ống tủy tắc hoặc nội tiêu không thể tạo hình, hàn kín từ phía thân răng được, và có tổn thương vùng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân như rối loạn đông máu, bệnh tim mạch, rối loạn hệ thống miễn dịch…
- Các nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.
- Tổn thương ở các chân răng phía hàm ếch của các răng nhiều chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng
- Mũi khoan kim cương các loại
- Bộ dụng cụ hàn ngược cuống răng

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu hàn ngược: MTA/Biodentine, Amalgam, IRM
- Vật liệu cầm máu
- Bông gạc vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang răng để xác định tổn thương vùng cuống và tình trạng ống tủy chân răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Gây tê vùng và tại chỗ.

3.2 Bộc lộ cuống răng

- Rạch niêm mạc: Dùng dao mổ rạch niêm mạc màng xương hình thang tương ứng vùng cuống răng sao cho thuận lợi cho việc hàn ngược.

- Bóc tách vạt niêm mạc màng xương để bộc lộ xương.
- Mở xương: Dùng mũi khoan tròn tạo cửa sổ xương bộc lộ vùng tổn thương.

3.3. Cắt cuống răng
- Sử dụng mũi khoan trụ cắt bỏ chóp răng sao cho lấy hết mô thương tổn.
- Dùng mũi khoan thích hợp tạo góc cắt 45° so với trục của răng.

3.4. Sửa soạn xoang hàn ở mặt cắt chân răng
- Dùng các mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn ngược.
- Làm sạch mô tổn thương : Dùng dung dịch sát khuẩn bơm rửa ống tủy chân răng và mô tổn thương xung quanh.

3.5. Hàn kín xoang đã sửa soạn bằng vật liệu thích hợp như MTA/Biodentine, Amalgam hoặc IRM…

3.6. Đóng vạt
- Cầm máu
- Khâu đóng kín vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

+ Tổn thương xoang hàm: bơm rửa sạch và đóng kín.
+ Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

+ Chảy máu: cầm máu.
+ Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT KẾT HỢP COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement (GIC) kết hợp Composite.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite và GIC
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…
- Bộ dụng cụ hàn GIC.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Glass Ionomer Cement.
- Composite và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

- Hàn lớp GIC:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu GIC
+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.
+ Rửa sạch xoang hàn.
+ Làm khô xoang hàn.
+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
+ Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy: Điều trị tủy.
- Tủy hoại tử: Điều trị tuỷ.
- Viêm quanh cuống: Điều trị viêm quanh cuống răng

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Composite.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa ảnh hưởng đến tủy. Điều trị sâu ngà răng phải phục hồi lại mô cứng và bảo vệ tủy răng.
- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu ngà răng sữa.
- Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện…

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc và vật liệu bảo vệ tủy
- Composite và vật liệu kèm theo
- Chỉ co lợi,…

2. Người bệnh

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

3. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợpđể làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA/Biodentine… 1 lớp dưới 1mm.

+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:
+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.
+ Rửa sạch xoang hàn.
+ Làm khô xoang hàn.
+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
- Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy: điều trị tủy
- Tủy hoại tử: điều trị tủy.
- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASSIONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement (GIC).
- GIC là vật liệu có ưu điểm thao tác nhanh, đơn giản và ít gây kích thích tổ chức, chỉ định rộng rãi với nhiều vị trí và tình trạng lỗ hàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng sữa.
- Sâu răng vĩnh viễn (lỗ sâu loại I, III, V theo G.V.Black)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng vĩnh viễn (lỗ sâu loại II, IV)
- Người bệnh dị ứng với GIC.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Glass Ionomer Cement.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
+ Làm khô.

- Hàn phục hồi GIC:

+ Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.
+ Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn.

- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

+ Viêm tủy: điều trị tủy.

PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng ở cổ răng bằng Glass Ionomer Cement (GIC).
- GIC là vật liệu có ưu điểm thao tác nhanh, đơn giản và ít gây kích thích tổ chức, CHỈ ĐỊNH rộng rãi với nhiều vị trí và tình trạng lỗ hàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu cổ răng (lỗ sâu loại V).
- Tổn thương mô cứng ở cổ răng không do sâu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với GIC.
- Răng có tổn thương sâu cổ răng sát tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Chỉ co lợi.
- Glass Ionomer Cement (GIC).

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê.
- Đặt chỉ co lợi.
- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
+ Làm khô.

- Hàn phục hồi GIC:

+ Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.
+ Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn.
- Hoàn thiện :
+ Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy: Điều trị tủy.

PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi lại tổn thương mô cứng ở cổ răng bằng Composite.
- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu cổ răng (lỗ sâu loại V).
- Tổn thương mô cứng ở cổ răng không do sâu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với Composite.
- Răng có tổn thương sâu cổ răng sát tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ hàn composite.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Chỉ co lợi.
- Composite và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Đặt chỉ co lợi.
- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

+ Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như MTA/Biodentine… 1 lớp dưới 1mm.
+ Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
+ Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37% từ 10-20 giây.
+ Rửa sạch xoang hàn.
+ Làm khô xoang hàn.
+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
+ Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.
ccxiii

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy : điều trị tủy
- Tủy hoại tử: điều trị tủy.
- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng

PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG PIN NGÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng pin cắm trực tiếp vào mô ngà răng nhằm nâng đỡ và phục hồi mô cứng của răng.
- Pin ngà là những chốt kim loại nhỏ , được sử dụng gắn hoặc cắm trực tiếp lên ngà răng để phục hồi mô cứng của răng, nhằm tăng khả năng lưu giữ khối hàn ở những răng có tổn thương sâu lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng tổn thương mất mô cứng từ 2-3 thành của răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng tổn thương mất mô cứng sát tủy răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ cắm pin ngà.

2.2 Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát trùng.
- Bộ vật liệu pin ngà.
- Vật liệu phục hồi thân răng.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Cách ly vùng làm việc.
- Sửa soạn răng:

+ Dùng mũi khoan thích hợplàm sạch mô ngà hoại tử.

+ Dùng mũi khoan kim cương trụ nhỏ tạo các lỗ chốt song song trên mô ngà lành.

- Kiểm tra pin ngà.
- Gắn pin ngà.
- Hàn phục hồi thân răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Gãy pin ngà: phục hồi lại mô cứng của răng.
- Gãy nứt thân - chân răng: tùy tình trạng đường gãy có thể phải chỉ định nhổ

răng.
- Viêm tủy không hồi phục : tháo bỏ pin ngà - điều trị nội nha.

PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật sử dụng các vật liệu như ceramic, hợp kim, composite… đúc theo hình dạng xoang đã sửa soạn và dán vào đó để phục hồi lại thân răng.
- Inlay là phần phục hồi nằm trong lòng một hay nhiều mặt của thân răng .
- Onlay có bản chất là một inlay loại II (mặt gần, mặt xa, mặt nhai) bao phủ một phần hoặc toàn bộ mặt nhai.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng có các tổn thương mất mô cứng ở thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có các thành xoang còn lại dưới 2mm.
- Răng có lỗ sâu dưới lợi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Mũi khoan kim cương các loại
- Bộ mũi khoan hoàn thiện, dụng cụ đánh bóng.
- Chỉ tơ nha khoa
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ cách ly cô lập răng.
- Cây hàn các loại.
- Bộ dụng cụ lấy dấu

2.2. Thuốc và vật liệu

- Vật liệu lấy dấu
- Các vật liệu gắn, dán : Tùy theo vật liệu làm inlay, onlay

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch xoang: Dùng mũi khoan tròn và cây nạo ngà lấy bỏ hết ngà mủn.
- Tạo hình xoang inlay, onlay :

+ Tạo xoang mặt nhai:

Chiều cao của xoang > 1,5mm. Chiều rộng của xoang phải đạt tôi thiểu 1,5-2mm đối với răng hàm nhỏ và 2,5- 3mm đối với răng hàm lớn.

Dùng mũi khoan chóp ngược cắt men răng ở rãnh giữa rồi mở rộng theo rãnh của răng theo hướng gần xa.

Dùng mũi trụ tạo xoang hình đuôi én theo hướng song song với trục của răng

Đáy xoang được mài phẳng, nếu có những khoảng lẹm thì dùng vật liệu thích hợp (cement phosphat hoặc GIC…) để bù lẹm.
+ Tạo xoang mặt bên
Dùng mũi khoan trụ mài sâu xuống ngà răng, xoang mặt bên gồm 4 thành:
Thành ngoài trong sâu về phía buồng tủy khoảng 2mm
Thành tủy (thành trục) được mài cong theo hình dạng thân răng
Thành phía lợi: ở sát đỉnh núm lợi và hợp với vách tủy một góc 45 độ .
- So màu răng.
- Lấy dấu, đổ mẫu thạch cao.
- Gửi labo đúc inlay, onlay
- Đặt inlay, onlay đã đúc vào xoang
- Kiểm tra độ kín khít và khớp cắn.
- Tiến hành gắn Inlay, Onlay bằng chất gắn phù hợp.
- Hoàn thiện Inlay/ Onlay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy
- Mẻ, vỡ inlay, onlay, màu sắc không phù hợp: tiến hành thực hiện lại quy trình trên

PHỤC HỒI THÂN RĂNG CÓ SỬ DỤNG CHỐT CHÂN RĂNG BẰNG CÁC VẬT LIỆU KHÁC NHAU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng chốt (Thạch anh, kim loại …) cố định vào ống tủy chân răng để tăng cường lưu giữ khối phục hồi thân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng mất nhiều mô cứng thân răng không có khả năng lưu giữ khối phục hồi thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa
- Răng không còn khả năng đặt chốt
- Răng chưa đóng kín cuống

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ khám: Khay, gắp, gương, thám trâm.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đặt và cố định chốt.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Chốt đúc sẵn.
- Bộ thuốc và vật liệu gắn chốt.
- Vật liệu phục hồi thân răng: Composite, GIC, Amalgam.

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Răng đặt chốt đã được điều trị nội nha.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim xác định tình trạng nội nha và kích thước ống tủy răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn ống tủy cho đặt chốt.

+ Lấy bỏ chất hàn ống tủy từ ½ đến 1/3 chiều dài ống tủy.
+ Làm sạch ống tủy.

- Chọn chốt phù hợp với kích thước ống tủy.
- Đặt và cố định chốt:

+ Xoi mòn (Etching) thành ống tủy bằng axit phosphoric 37% trong 10 giây, rửa sạch và làm khô.
+ Đặt vật liệu dán dính (bonding) vào thành ống tủy, chiếu đèn trong 10 giây.
+ Đưa vật liệu gắn chốt vào ống tuỷ bằng lentulo.
+ Đặt chốt đã chọn vào ống tủy, lấy bỏ chất gắn thừa

+ Cố định chốt trong ống tủy bằng chiếu đèn quang trùng hợp làm đông cứng chất gắn dính.
- Phục hồi thân răng.
+ Tạo cùi răng bằng vật liệu phù hợp (amangam, composite, hoặc GIC)
+ Phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Thủng thành ống tủy: Hàn thành ống tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau điều trị

Gãy vỡ chân răng: tùy trường hợp có thể cắt bỏ hoặc nhổ chân răng.

VENEER COMPOSITE TRỰC TIẾP

I . ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng Composite tái tạo mô cứng của răng và cải thiện thẩm mĩ ở các răng phía trước với các ưu điểm như tiết kiệm mô cứng của răng, thời gian và chi phí điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các răng trước có tổn thương mô cứng.
- Các răng trước có hình thể bất thường.
- Các răng trước có đổi màu răng.
- Các răng trước có khe thưa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Người bệnh có dị ứng với composite.
- Bệnh viêm quanh răng tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ hàn Composite.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê
- Chỉ co lợi
- Composite.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê.
- Cách ly cô lập răng.
- Sửa soạn răng:

+ Đặt chỉ co lợi.

+ Dùng mũi khoan thích hợp lấy đi một phần mô cứng từ 0,5 tới 1mm mặt ngoài của răng.

+ Tạo vát rìa men.

- Tạo bám dính:

+ Xoi mòn (etching) men và ngà răng bằng acid phosphoric 37%, trong 10 đến 20 giây.
+ Rửa sạch bằng nước muối sinh lý.
+ Thổi khô.
+ Phủ keo dán (bonding) trên bề mặt men ngà răng đã sửa soạn, chiếu đèn 20 giây.
- - Tạo Veneer Composite:
+ Dùng que hàn chống dính lấy composite opaque đặt lên bề mặt men ngà đã tạo bám dính. Chiếu đèn từ 20 đến 40 giây.
+ Đặt composite ngà răng có màu sắc phù hợp, chiếu đèn từ 20 đến 40 giây.
+ Đặt composite men răng có màu sắc phù hợp, chiếu đèn từ 20 đến 40 giây.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Hoàn thiện veneer:
+ Lấy chỉ co lợi.
+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo hình bề mặt veneer.
+ Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn bề mặt veneer.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị:

- Ê buốt răng: tuỳ từng trường hợp mà có thể gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.
- Sang thương lợi bờ: điều trị tại chỗ.

2. Sau quá trình điều trị:

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG CÓ SỬ DỤNG ĐÈN PLASMA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật dùng các chất oxy hóa được kích hoạt bởi ánh sáng đèn Plasma khử các chất mầu nhiễm trên răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng nhiễm màu ngoại sinh.
- Răng nhiễm màu nội sinh.
- Tẩy trắng răng theo yêu cầu thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.
- Răng bị nhạy cảm ngà.
- Trẻ em dưới 18 tuổi.
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp trong khoang miệng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm
- Bộ so mầu răng
- Đèn plasma
- Bộ cách ly nước bọt

2.2. Thuốc và vật liệu

- Bộ kit tẩy trắng răng
- Thuốc chống ê buốt răng

3. Người bệnh

Được giải thích về phương pháp điều trị

4. Hồ sơ bệnh án.

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch răng hai hàm
- Xác định mầu răng bằng bảng so mầu
- Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh
- Cách ly cô lập răng và bảo vệ niêm mạc:

+ Đặt lớp vật liệu bảo vệ lợi (Opaldam).
+ Thoa chất cách ly bảo vệ niêm mạc môi, má

- Sửa soạn bề mặt men răng:

+ Đặt thuốc mở men,
+ Chiếu đèn plasma 6-8 phút,
+ Lấy sạch thuốc mở men bằng bông gòn.

- Tẩy trắng răng 2 hàm:
+ Đặt gel tẩy trắng
+ Chiếu đèn plasma vuông góc với mặt răng trong thời gian 8 phút,
+ Lấy bỏ lớp gel tẩy trắng đã chiếu đèn.
+ Lặp lại chu trình đặt gel tẩy trắng và chiếu đèn plasma 3 lần.
- Đánh giá mức độ tẩy trắng:
+ Làm sạch gel tẩy trắng bằng bông ướt.
+ Xác định mầu sắc răng bằng bảng so mầu và so sánh với mầu răng trước điều trị.
- Kết thúc điều trị.
+ Chống ê buốt bằng thoa gel Neutral sodium fluoride 1,1% vào bề mặt các răng đã tẩy trắng.
+ Hướng dẫn người bệnh chăm sóc hàm răng trong tuần lễ tiếp theo: Không sử dụng các chất nhiễm màu như trà cà phê, thuốc lá.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc lợi miệng do gel tẩy trắng: điều trị sang thương.

2. Sau điều trị

Ê buốt răng: Điều trị chống ê buốt.

TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật dùng các chất oxy hóa đưa vào buồng tủy của những răng đã được điều trị tủy để khử các chất mầu nhiễm trên răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng đã điều trị tủy
- Nhiễm màu ngoại sinh.
- Nhiễm màu nội sinh.
- Tẩy trắng răng theo yêu cầu thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.
- Trẻ em dưới 18 tuổi.
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp trong khoang miệng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm
- Bộ so mầu răng
- Bộ cách ly nước bọt

2.2. Thuốc và vật liệu

- Hydrogen peroxide 20-30%
- Thuốc chống ê buốt răng

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án.

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1 Lần hẹn 1

- Làm sạch răng hai hàm
- Xác định mầu răng bằng bảng so mầu
- Cách ly cô lập răng và bảo vệ niêm mạc:

+ Đặt lớp vật liệu bảo vệ lợi (Opaldam).
+ Thoa chất cách ly bảo vệ niêm mạc môi, má

- Sửa soạn xoang đặt thuốc:

+ Mở đường vào buồng tủy, lấy đi toàn bộ chất hàn ở buồng tủy và đi vào tủy chân khoảng 2-3 mm.
+ Hàn 1 lớp GIC ở tủy buồng tương ứng với miệng ống tủy

- Đặt thuốc tẩy trắng

+ Bơm thuốc vào trong buồng tủy
+ Hàn buồng tủy bằng GIC
3.2 Lần hẹn 2 (Sau lần 1 từ 2-4 ngày)
- Kiểm tra màu răng
- Lặp lại các bước như lần 1 nếu màu răng chưa đạt
- Nếu đạt:
+ Lấy sạch thuốc tẩy trắng
+ Hàn vĩnh viễn buồng tủy
- Kết thúc điều trị.
+ Hướng dẫn người bệnh chăm sóc hàm răng trong tuần lễ tiếp theo: Không sử dụng các chất nhiễm màu như trà cà phê, thuốc lá.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do gel tẩy trắng: điều trị sang thương.

TẨY TRẮNG RĂNG TỦY SỐNG BẰNG MÁNG THUỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật làm trắng răng có sử dụng máng nhựa và thuốc tẩy trắng.

Phương pháp tẩy trắng răng bằng máng thuốc có ưu điểm:

+ Hiệu quả cao.
+ An toàn.
+ Dễ sử dụng.
+ Chi phí thấp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng nhiễm màu nội sinh
- Răng nhiễm màu ngoại sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có nhạy cảm ngà.
- Răng có bệnh nha chu giai đoạn phát triển.
- Phụ nữ có thai và đang trong thời kỳ cho con bú.
- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc tẩy trắng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ lấy dấu.

2.2 Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Chất lấy dấu.
- Thuốc và kem đánh răng chống ê buốt.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch, đánh bóng răng.
- Chụp ảnh, so màu răng.
- Lấy dấu 2 hàm.
- Ép máng tẩy trắng.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng máng và thuốc tẩy trắng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Ê buốt kéo dài: ngừng sử dụng máng thuốc, điều trị chống ê buốt.

ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG MÁNG VỚI THUỐC CHỐNG Ê BUỐT.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phương pháp điều trị ê buốt răng bằng máng nhựa có sử dụng thuốc chống ê buốt.
- Phương pháp điều trị nhạy cảm ngà bằng máng với thuốc chống ê buốt có ưu điểm:

+ Hiệu quả cao, dễ kiểm soát và theo dõi.
+ An toàn.
+ Dễ sử dụng.
+ Chi phí thấp.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng nhạy cảm ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có bệnh nha chu giai đoạn tiến triển.
- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ lấy dấu.

2.2 Thuốc

- Chất lấy dấu.
- Thuốc chống ê buốt.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch, đánh bóng răng.
- Đánh giá mức độ ê buốt răng.
- Lấy dấu 2 hàm.
- Ép máng thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng máng và thuốc chống ê buốt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Người bệnh dị ứng với thành phần của thuốc: ngừng sử dụng thuốc.

ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG THUỐC BÔI (CÁC LOẠI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị quá cảm ngà với biểu hiện ê buốt răng bằng thuốc chặn các dẫn truyền thần kinh hoặc che phủ các ống ngà.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng nhạy cảm ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ khám: gương, gắp, thám châm.
- Tay khoan chậm.
- Dụng cụ làm sạch răng.
- Bộ dụng cụ sử dụng thuốc chống nhạy cảm ngà răng.
- Đèn quang trùng hợp….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc chống nhạy cảm.
- Các vật liệu làm sạch răng…..

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn các răng điều trị.

- Đánh giá tình trạng nhạy cảm ngà.
- Xác định các vị trí cần phủ thuốc điều trị.
- Làm sạch, đánh bóng răng cần điều trị.
- Cách ly cô lập răng.

3.2. Điều trị các răng nhạy cảm ngà

- Phủ thuốc chống ê buốt lên bề mặt các vị trí đã xác định và sửa soạn.
- Chiếu đèn quang trùng hợp 30 giây đối với thuốc cần chiếu đèn.
- Lặp lại 2 bước trên nếu cần.
- Đánh giá lại tình trạng ê buốt răng của người bệnh:

+ Nếu hết ê buốt: kết thúc điều trị.
+ Nếu còn ê buốt nhẹ: theo dõi và hẹn điều trị tiếp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Dị ứng với thành phần của thuốc: ngừng sử dụng thuốc và điều trị chống dị ứng

CHỤP SỨ TITANIUM GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật phục hình mất răng, cố định bằng ốc vít trên trụ Implant đã được cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng
- Khoảng liên hàm thấp dưới 3mm,

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương, gắp, thám châm...
- Dụng cụ lấy dấu và làm phục hình: Khay lấy dấu, coping, analog, ...
- Vật liệu lấy dấu2.2. Vật liệu

: sillicone, alginate.

- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép trụ Implant để làm phục hình răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu bằng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp (ở lần hẹn thứ 2).

Áp dụng một trong hai cách dưới đây

+ Lấy dấu khay hở
+ Lấy dấu khay kín

- Chọn thìa và thử thìa.
- Chọn màu răng.
- Tháo trụ liền thương
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (Impression coping).
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối diện.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt và cố định vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

3.3. Làm chụp sứ Titanium: thực hiện tại labo.

3.4.Lắp răng

- Tháo trụ liền thương.
- Đặt chụp răng sứ trên Implant.
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, hình thể, mầu sắc.
- Cố định răng bằng ốc vít.
- Hàn phủ ốc vít bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant

Gãy vít phục hình: Thay vít phục hình

Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

CHỤP SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật phục hình mất răng bằng sứ toàn phần cố định bằng ốc vít trên trụ Implant đã cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng
- Khoảng liên hàm thấp dưới 3mm.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương , gắp, thám châm ...
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ làm phục hình trên implant: coping, analogue, ...

2.2. Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu: sillicone, alginate.
- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép trụ Implant để làm phục hình răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra đối chiếu bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Các bước thực hiện

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu bằng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp (pick-up).

Có thể áp dụng phương pháp lấy dấu khay hở hoặc lấy dấu khay kín

- Chọn thìa và thử thìa.

- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (Impression coping).
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt và cố định vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

3.3. Làm chụp sứ toàn phần.

Thực hiện tại labo.

3.4.Lắp răng

- Tháo trụ liền thương.
- Đặt chụp răng đã làm trên Implant.
- Kiểm tra độ sát khít, khớp cắn, hình thể, mầu sắc.
- Cố định răng bằng ốc vít.
- Hàn phủ ốc vít bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant.

Gãy vít phục hình: Thay vít phục hình

Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

PHỤC HÌNH GẮN CEMENT CHỤP SỨ TITANIUM TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng, cố định bằng cement trên trụ Implant đã được cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng đã được cấy trụ Implant.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm thấp không đủ chiều cao để làm thân răng
- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám, ...
- Dụng cụ lấy dấu: Khay lấy dấu, coping, analoge

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: Alginate, Silicone,..
- Vật liệu đổ mẫu: Thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment)

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu

3.2.1. Kỹ thuật lấy dấu gián tiếp

- Áp dụng một trong hai cách dưới đây

+ Lấy dấu khay hở

+ Lấy dấu khay kín
- Chọn thìa và thử thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt và cố định trụ lấy dấu gián tiếp (coping)
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
3.2.2. Kỹ thuật lấy dấu trực tiếp:
- Chọn thìa và thử thìa.
- Chọn màu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing).
- Đặt abutment và chỉnh sửa nếu cần.
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu thạch cao.
3.3. Làm răng sứ titanium: th c hiện tại labo.
3.4.L p răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt và cố định abutment.
- Đặt răng trên miệng người bệnh
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể…. và chỉnh sửa nếu cần.
- Gắn cố định răng bằng cement.
- Lấy bỏ phần cement thừa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant
Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

PHỤC HÌNH GẮN CEMENT CHỤP SỨ TOÀN PHẦN TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng, cố định bằng cement trên trụ Implant đã được cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm thấp không đủ chiều cao để làm thân răng
- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám, ...
- Dụng cụ lấy dấu: Khay lấy dấu, coping, analoge

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: Alginate, Silicone,..
- Vật liệu đổ mẫu: Thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu

3.2.1, Kỹ thuật lấy dấu gián tiếp

- Áp dụng một trong hai cách dưới đây

+ Lấy dấu khay hở

+ Lấy dấu khay kín
- Chọn thìa và thử thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt và cố định trụ lấy dấu gián tiếp (coping)
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
3.2.2. Kỹ thuật lấy dấu trực tiếp:
- Chọn thìa và thử thìa.
- Chọn màu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing).
- Đặt abutment và chỉnh sửa nếu cần.
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu thạch cao.
3.3. Làm răng sứ toàn phần: thực hiện tại labo.
3.4.Lắp răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt và cố định abutment.
- Đặt răng trên miệng người bệnh
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể…. và chỉnh sửa nếu cần.
- Gắn cố định răng bằng cement.
- Lấy bỏ phần cement thừa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant

CẦU SỨ TITANIUM GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng, cố định bằng ốc vít trên trụ Implant đã được cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant để làm phục hình cố định dạng cầu răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trụ Ipmplant đã cấy trong xương hàm có trục không song song với nhau ở mức không thể lắp ốc vít được,
- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng
- Khoảng liên hàm thấp dưới 3mm,

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương , gắp, thám châm ...
- Dụng cụ lấy dấu và làm phục hình: Khay lấy dấu, coping, analog, ...

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: sillicone, alginate.
- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép trụ Implant để làm phục hình răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng tòan thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu bằng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp (ở lần hẹn thứ 2).

Áp dụng một trong hai cách dưới đây
+ Lấy dấu khay hở
+ Lấy dấu khay kín
- Chọn thìa và thử thìa.
- Chọn màu răng.
- Tháo trụ liền thương
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (Impression coping).
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối diện.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt và cố định vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
3.3. Làm cầu sứ hợp kim titanium: thực hiện tại labo.
3.4. Lắp răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt chụp răng sứ trên Implant.
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, hình thể, mầu sắc.
- Cố định răng bằng ốc vít.
- Hàn phủ ốc vít bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant.
Gãy vít phục hình: Thay vít phục hình
Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

CẦU SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG ỐC VÍT TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng bằng sứ toàn phần cố định bằng ốc vít trên các trụ Implant đã cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy các trụ Implant để làm phục hình cầu răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt.
- Viêm quanh Implant (periimplantitis).
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng.
- Khoảng liên hàm thấp dưới 3mm.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương, gắp, thám châm...
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ phục hình trên Implant: coping, analogue ...

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: sillicone, alginate.
- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép các trụ Implant để làm phục hình răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương quanh trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh:

Kiểm tra tình trạng toàn thân, trong miệng và sự ổn định của trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật:

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ.
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu bằng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp (pick-up).

Có thể áp dụng phương pháp lấy dấu khay hở hoặc lấy dấu khay kín.

- Chọn thìa và thử thìa.

- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (Impression coping).
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Đặt lại trụ liền thương và giữ trụ cho tới khi lắp răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Lựa chọn các analogue phù hợp, đặt và cố định vào các đầu chuyển đổi.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

3.3. Làm cầu sứ toàn phần: thực hiện tại labo.

3.4. Lắp cầu răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt cầu răng trên các trụ Implant.
- Kiểm tra độ sát khít, khớp cắn, hình thể, mầu sắc.
- Cố định răng bằng ốc vít.
- Hàn phủ ốc vít bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau khi điều trị phục hình

Viêm quanh Implant: điều trị viêm quanh Implant

Gãy vít phục hình: Thay vít phục hình

Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

CẦU SỨ TITANIUM GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng, cố định bằng cement trên trụ Implant đã được cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy các trụ Implant để làm phục hình cố định dạng cầu răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm thấp dưới 5mm,
- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant,
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương, gắp, thám châm...
- Dụng cụ lấy dấu và làm phục hình: Thìa lấy dấu, coping, analog, ...

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu: sillicone, alginate.
- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng.
- Vật liệu gắn….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép trụ Implant để làm phục hình cầu răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương các trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân và trong miệng, tại chỗ và sự ổn định của các trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu và đổ mẫu

Tùy trường hợp mà có thể sử dụng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp hoặc trực tiếp.
3.2.1. Kỹ thuật lấy dấu gián tiếp
Có thể lấy dấu khay hở hoặc lấy dấu khay kín với các bước:
- Thử thìa và chọn thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (coping)
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Lắp lại trụ liền thương và giữ trụ liền thương cho tới khi lắp cầu răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu các hàm bằng thạch cao siêu cứng.
3.2.2. Kỹ thuật lấy dấu trực tiếp:
- Thử thìa và chọn thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt abutment và chỉnh sửa nếu cần.
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Lắp lại trụ liền thương và giữ trụ liền thương cho tới khi lắp cầu răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu các hàm bằng thạch cao siêu cứng.
3.3. Làm cầu răng sứ Titanium: thực hiện tại labo.
3.4. Lắp cầu răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt và cố định abutment.
- Đặt cầu trên miệng người bệnh
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể…. và chỉnh sửa nếu cần.
- Gắn cố định cầu răng bằng cement.
- Lấy bỏ phần cement thừa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant
Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

CẦU SỨ TOÀN PHẦN GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng bằng răng sứ toàn phần gắn cement trên trụ Implant đã cấy và ổn định.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng đã được cấy các trụ Implant để làm phục hình cầu răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoảng liên hàm thấp dưới 5mm,
- Tình trạng trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt
- Viêm quanh Implant (periimplantitis)
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay khám, gương , gắp, thám châm ...
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ làm phục hình trên implant: coping, analogue, ...

2.2. Thuốc và vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: sillicone, alginate.
- Vật liệu đổ mẫu: thạch cao cứng, thạch cao siêu cứng.
- Vật liệu gắn cầu,….

3. Người bệnh

- Được giải thích và đồng ý điều trị.
- Đã được cấy ghép các trụ Implant để làm phục hình cầu răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương các trụ Implant.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng toàn thân và trong miệng, tại chỗ và sự ổn định của các trụ implant.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Đặt trụ liền thương (Healing Abutment):

- Gây tê tại chỗ
- Bộc lộ Implant:

+ Dùng dao rạch niêm mạc lợi sống hàm tương ứng trụ Implant.
+ Dùng dụng cụ thích hợp tách lợi bộc lộ mũ Implant.

- Tháo mũ Implant: Dùng Driver tháo mũ Implant.
- Đặt trụ liền thương:

+ Chọn trụ liền thương phù hợp với trụ Implant và tình trạng mô mềm.
+ Đặt trụ liền thương và dùng Driver cố định trụ.

3.2 Lấy dấu và đổ mẫu

Tùy trường hợp mà có thể sử dụng kỹ thuật lấy dấu gián tiếp hoặc trực tiếp.
3.2.1 Kỹ thuật lấy dấu gián tiếp
Có thể lấy dấu khay hở hoặc lấy dấu khay kín với các bước:
- Thử thìa và chọn thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt trụ lấy dấu gián tiếp (coping)
- Lấy dấu bằng vật liệu lấy dấu Silicon.
- Lắp lại trụ liền thương và giữ trụ liền thương cho tới khi lắp cầu răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu các hàm bằng thạch cao siêu cứng.
3.2.2 Kỹ thuật lấy dấu trực tiếp:
- Thử thìa và chọn thìa.
- So mầu và chọn mầu răng.
- Tháo trụ liền thương (Healing)
- Đặt abutment và chỉnh sửa nếu cần.
- Lấy dấu bằng Silicon.
- Lắp lại trụ liền thương và giữ trụ liền thương cho tới khi lắp cầu răng.
- Lấy dấu hàm đối.
- Lấy dấu cắn.
- Đổ mẫu các hàm bằng thạch cao siêu cứng.
3.3. Làm cầu răng sứ toàn phần.
Thực hiện tại labo.
3.4.Lắp cầu răng
- Tháo trụ liền thương.
- Đặt và cố định abutment.
- Đặt cầu trên miệng người bệnh
- Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể…. và chỉnh sửa nếu cần.
- Gắn cố định cầu răng bằng cement.
- Lấy bỏ phần cement thừa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau khi điều trị
Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant
Gãy, vỡ phục hình: Thay phục hình mới

HÀM GIẢ TOÀN PHẦN DẠNG CÚC BẤM TỰA TRÊN IMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hồi hàm mất răng tòan phần bằng hàm giả tòan phần tựa và gắn kết trên các trụ Implant bằng cúc bấm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng toàn phần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh Implant (periimplantitis).
- Có tình trạng viêm cấp tính trong khoang miệng.
- Khoảng liên hàm thấp không đủ để làm phục hình bằng hàm giả tòan phần cúc bấm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: khay khám, gương, gắp, thám châm.
- Dụng cụ lấy dấu: Khay lấy dấu, coping, analog.
- Dụng cụ đổ mẫu.
- Dụng cụ đo mặt phẳng cắn (thước fox) và dụng cụ đo tầm cắn.
- Dụng cụ mài chỉnh hàm….

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: silicone,alginate.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Nhựa đệm, nhựa tự trùng hợp….

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được cấy trụ Implant để nâng đỡ và lưu giữ hàm giả.
- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng tích hợp xương các trụ Implant.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Làm hàm giả toàn phần

- Lấy dấu sơ khởi.
- Đổ mẫu thạch cao.
- Làm thìa cá nhân: Thực hiện tại Labo.
- Lấy dấu lần 2 với thìa cá nhân.
- Đo cắn và ghi tương quan 2 hàm.
- Lên răng: Thực hiện tại Labo.
- Thử răng trên miệng người bệnh và chỉnh sửa nếu cần.

- Ép nhựa và hoàn thiện hàm: Thực hiện tại Labo.
- Lắp hàm và chỉnh sửa cho phù hợp.

3.2. Sửa soạn các trụ Implant

- Tháo trụ liền thương (healing)
- Bắt vít phần dương của cúc bấm vào implant đã cấy.
- Lắp vòng chặn bằng silicone vào đầu dương của cúc bấm.

3.3 Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm

- Thoa 1 lớp nước nhựa hoặc loại keo dính lên bề mặt đế của phần âm để tăng cường độ bám dính với bề mặt của nền hàm giả.
- Thử hàm giả và đánh dấu vị trí đặt của phần âm của cúc bấm.
- Dùng mũi khoan lấy bỏ phần nhựa ở bề mặt của hàm giả tương ứng vị trí các phần âm cúc bấm.
- Lắp hàm giả:

+ Trộn nhựa tự cứng và đặt vào phần đã sửa soạn trên nền hàm.
+ Đặt hàm giả vào miệng và hướng dẫn người bệnh cắn khít 2 hàm.
+ Lấy hàm ra khi nhựa trùng hợp xong.
+ Lấy bỏ nhựa thừa, chỉnh sửa và hoàn thiện.
+ Lắp lại hàm cho người bệnh , kiểm tra lại khớp cắn, độ ổn định… và chỉnh sửa.

- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.
- Viêm quanh Implant (periimplantitis): Điều trị viêm quanh Implant.

CHỤP NHỰA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp nhựa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 0,5-1mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 0,5-1mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CHỤP THÉP (KIM LOẠI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp kim loại.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn …

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1-1,2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CHỤP HỢP KIM THƯỜNG CẨN SỨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp kim loại cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn ….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: điều trị tủy.

CHỤP HỢP KIM TITANIUM CẨN SỨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng hợp kim titanium cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn ….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2.1. Lấy dấu và đổ mẫu:
Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
Lấy dấu cắn nếu cần.
Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3 So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4 Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5 Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CHỤP SỨ TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp sứ toàn phần (sứ không kim loại).

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn ….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3.Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2-1,5mm.
+ Các góc: Tròn .
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.

+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CHỤP HỢP KIM QUÝ CẨN SỨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng mất nhiều mô cứng bằng chụp kim loại quý cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương.
- Răng mất nhiều mô cứng do sâu và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng tuỷ sống có buồng tuỷ rộng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3.Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn răng làm chụp:- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng chụp với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2-1,5mm.
+ Các góc: Tròn .
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo chụp răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn chụp răng:
- Thử chụp răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa chụp răng nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định chụp răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy

CẦU NHỰA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu nhựa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.
- Làm phục hình tạm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật:

3.1. Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 0,5-1mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 0,5mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Các răng trụ phải được tạo song song và được sửa soạn theo hình

thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng trụ: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo cầu răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn cầu răng:
- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CẦU HỢP KIM THƯỜNG (CẦU THÉP)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu hợp kim thường.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Các răng trụ phải được tạo song song và được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng trụ: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo cầu răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn cầu răng:
- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CẦU SỨ KIM LOẠI THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu hợp kim cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1-1,5mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1mm.
+ Các góc: Tròn hoặc vát cạnh.
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Các răng trụ phải được tạo song song và được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.

+ Thân răng trụ: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo cầu răng kim loại cẩn sứ
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn cầu răng:
- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CẦU HỢP KIM TITANIUM CẨN SỨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu hợp kim titanium cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2-1,5mm.
+ Các góc: Tròn .
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.

+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo cầu răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn cầu răng:
- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: điều trị tủy.

CẦU HỢP KIM QUÝ CẨN SỨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu hợp kim quý cẩn sứ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3.Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1.Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2-1,5mm.
+ Các góc: Tròn .
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.

+ Tiết kiệm mô răng.
3.2. Lấy dấu và đổ mẫu:
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.
3.3. So màu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.
3.4. Chế tạo cầu răng
Thực hiện tại Labo.
3.5. Gắn cầu răng:
- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

CẦU SỨ TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình mất răng từng phần bằng cầu tựa vào các răng ở 2 phía vùng mất răng bằng cầu sứ toàn phần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất một răng còn răng giới hạn
- Mất một nhóm răng còn răng giới hạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn cầu….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng các răng giới hạn.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Sửa soạn các răng trụ mang cầu:

- Vô cảm: Tùy trường hợp, nếu các răng trụ tủy sống thì có thể gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.
- Dùng các mũi khoan thích hợp mài sửa soạn thân răng của các răng trụ để mang cầu răng với các yêu cầu:

+ Mặt nhai hở: 1,2 -2mm.
+ Mặt bên hở: khoảng 1,2-1,5mm.
+ Các góc: Tròn .
+ Đường hoàn tất: Trên lợi hoặc ngang lợi.
+ Răng được sửa soạn theo hình thể giải phẫu thân răng.
+ Thân răng chụp: Đường kính phía đáy phải lớn hơn phía mặt nhai.
+ Tiết kiệm mô răng.

2. Lấy dấu và đổ mẫu:

- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3- 5 phút.
- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

- Lấy dấu cắn nếu cần.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thích hợp.

3. So màu răng:

Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so màu cho phù hợp.

4. Chế tạo cầu răng

Thực hiện tại Labo.

5. Gắn cầu răng:

- Thử cầu răng trên miệng người bệnh về độ sát khít, khớp cắn và màu sắc….
- Chỉnh sửa cầu răng và các răng trụ nếu cần.
- Đặt chỉ co lợi các răng đã sửa soạn trong khoảng thời gian 3-5 phút.
- Gắn cố định cầu răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy chất gắn thừa.
- Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Hở tủy răng: Điều trị tủy răng.

2. Sau khi điều trị

Viêm tủy răng: Điều trị tủy.

PHỤC HÌNH CHỐT CÙI ĐÚC KIM LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi thân răng ở các răng có tổn thương mất hầu hết mô cứng thân răng bằng chốt và cùi đúc hợp kim.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất hầu hết mô cứng thân răng ở các răng trước
- Mất hầu hết mô cứng thân răng ở các răng sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng điều trị nội nha chưa tốt.
- Răng có tổn thương vùng cuống chưa được điều trị.

IV CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ sửa soạn ống tủy chân răng mang chốt.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn chốt….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng chân răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Sửa soạn chân răng và thân răng

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng đủ để đặt chốt.
- Dùng mũi khoan thích hợp tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Dùng mũi khoan thích hợp sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra lại chiều dài, độ thuôn của ống tủy.

3.2 Lấy dấu

- Bơm Silicon nhẹ vào ống tủy.
- Đặt chốt lấy dấu vào ống tủy
- Lấy dấu bằng Silicon nặng.
- Lấy dấu hàm đối.

3.3 Đổ mẫu

Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu 2 hàm.

3.4 Đúc chốt và cùi

Thực hiện tại Labo.

3.5 Gắn chốt và cùi đúc

Thử chốt và cùi trên miệng người bệnh.

- Điều chỉnh chốt và cùi cho phù hợp.
- Gắn chốt và cùi.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Thủng thành chân răng: Hàn bịt vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau điều trị

Nứt, vỡ chân răng: Nhổ răng.

PHỤC HÌNH CÙI ĐÚC TITANIUM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi thân răng ở các răng có tổn thương mất hầu hết mô cứng thân răng bằng chốt và cùi đúc hợp kim Titan.
- Hợp kim Titan có ưu điểm nổi trội là có tính tương hợp sinh học tốt với các mô trong khoang miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất hầu hết mô cứng thân răng ở các răng trước
- Mất hầu hết mô cứng thân răng ở các răng sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng điều trị nội nha chưa tốt.
- Răng có tổn thương vùng cuống chưa được điều trị.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ sửa soạn ống tủy chân răng mang chốt.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Hợp kim đúc Titan
- Vật liệu gắn chốt….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng chân răng.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Sửa soạn chân răng và thân răng

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng đủ để đặt chốt.
- Dùng mũi khoan thích hợp tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Dùng mũi khoan thích hợp sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra lại chiều dài, độ thuôn của ống tủy.

3.2 Lấy dấu

- Bơm Silicon nhẹ vào ống tủy.

- Đặt chốt lấy dấu vào ống tủy
- Lấy dấu bằng Silicon nặng.
- Lấy dấu hàm đối.

3.3 Đổ mẫu

- Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu 2 hàm.

3.4 Đúc chốt và cùi Titan

- Thực hiện tại Labo.
- Lưu ý khi đúc hợp kim Titan: do nhiệt độ nóng chay cao hơn hợp kim thường, nhiệt độ đúc cao & sử dụng lò đúc cao tần

3.5 Gắn chốt và cùi đúc hợp kim Titan

- Thử chốt và cùi trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh chốt và cùi cho phù hợp.
- Gắn chốt và cùi.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

Thủng thành chân răng: Hàn bịt vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau điều trị

Gãy, vỡ chân răng: Nhổ răng.

PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY KIM LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi một phần mô cứng của thân răng bằng Inlay, onlay kim loại đúc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất mô cứng thân răng ở một mặt hay nhiều mặt răng.
- Nếu tổn thương mô cứng ở 1 đến 2 mặt răng thì làm Inlay
- Nếu tổn thương mô cứng từ 3 mặt trở lên Onlay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng chết tủy
- Răng có nguy cơ nứt vỡ thân răng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng sửa soạn làm inlay-onlay
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn inlay-onlay….

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng làm inlay-onlay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Chuẩn bi xoang inlay, onlay

* Mặt nhai:

- Xoang được mở rộng theo các rãnh của mặt nhai, tạo xoang đuôi én để tạo sức giữ,
- Thành xoang mở về phía mặt nhai một góc 2-5 độ
- Đáy xoang tạo thành hai bình diện tạo sức giữ và thích ứng với hình dạng buồng tủy

* Mặt bên:

- Mở rộng về phía ngoài trong
- Thành xoang phía tủy răng được sửa soạn theo hình dạng buồng tủy
- Đáy xoang phẳng và tạo với thành xoang phía tủy một góc 45 độ

để tăng thêm sức giữ cho inlay.
3.2. Lấy dấu:
- Bơm Silicon nhẹ vào xoang inlay, onlay.
- Lấy dấu bằng Silicon nặng.
- Lấy dấu hàm đối.
3.3. Đổ mẫu
Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu 2 hàm
3.4. Thực hiện Inlay-Onlay
Thực hiện các công đoạn làm Inlay-Onlay tại labo.
3.5 Gắn dán phục hình
- Thử Inlay, onlay
+ Kiểm tra độ sát khít
+ Kiểm tra khớp cắn và chỉnh sửa các điểm chạm sớm
- Gắn inlay, onlay bằng cement
- Dùng giấy cắn để kiểm tra lại khớp cắn
- Dùng mũi khoan thích hợp để chỉnh sửa các điểm chạm sớm.
3.6. Hướng dẫn người bệnh sau phục hình

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương niêm mạc miệng
- Hở tủy răng khi chuẩn bị xoang in lay: điều trị tủy răng

2. Sau khi điều trị

Viêm tuỷ răng: Điều trị tuỷ

PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY HỢP KIM TITAN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi một phần mô cứng của thân răng bằng Inlay-Onlay hợp kim Titan đúc
- Hợp kim Titan có tính tương hợp sinh học tốt với các mô trong khoang miệng, hệ số giãn nở nhiệt thấp, phục hình chính xác hơn khi đúc nóng chảy ở nhiệt độ cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất mô cứng thân răng ở một mặt hay nhiều mặt răng.
- Nếu tổn thương mô cứng ở 1 đến 2 mặt răng thì làm Inlay
- Nếu tổn thương mô cứng từ 3 mặt trở lên Onlay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng chết tủy
- Răng có nguy cơ nứt vỡ thân răng

IV. CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng sửa soạn làm inlay-onlay
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Hợp kim Titan
- Vật liệu gắn inlay-onlay….

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm inlay-onlay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 hu n bi oang inlay onlay

- Mặt nhai:
- Xoang được mở rộng theo các rãnh của mặt nhai, tạo xoang đuôi én để tạo sức giữ,
- Thành xoang mở về phía mặt nhai một góc 2-5 độ
- Đáy xoang tạo thành hai bình diện tạo sức giữ và thích ứng với hình dạng buồng tủy

- Mặt bên:
- Mở rộng về phía ngoài trong
- Thành xoang phía tủy răng được sửa soạn theo hình dạng buồng tủy
- Đáy xoang phẳng và tạo với thành xoang phía tủy một góc 45 độ
để tăng thêm sức giữ cho inlay.
3.2 Lấy dấu
- Bơm Silicon nhẹ vào xoang inlay, onlay.
- Lấy dấu bằng Silicon nặng.
- Lấy dấu hàm đối.
3.3. Đổ mẫu
Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu 2 hàm
3.4. Th c hiện Inlay-Onlay hợp kim Titan
ccclxii
- Thực hiện các công đoạn làm Inlay-Onlay tại labo.
Lưu ý khi đúc hợp kim Titan: Do nhiệt độ nóng chảy cao hơn hợp kim
thường, nhiệt độ đúc cao & sử dụng lò đúc cao tần.
3.5 G n Inlay-Onlay
- Thử Inlay, onlay
- Kiểm tra độ sát khít
- Kiểm tra khớp cắn và mài chỉnh các điểm chạm sớm
- Gắn inlay, onlay bằng cement
3.6 Kiểm tra khớp cắn
- Kiểm tra lại khớp cắn bằng giấy thử cắn
- Dùng mũi khoan thích hợp để chỉnh sửa các điểm chạm sớm
3.7. Hướng dẫn người bệnh sau phục hình

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương niêm mạc miệng
- Hở tủy răng khi chuẩn bị xoang in lay: điều trị tủy răng

2. Sau khi điều trị

Viêm tuỷ răng: Điều trị tuỷ

PHỤC HÌNH INLAY-ONLAY SỨ TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hồi mô cứng của răng bằng Inlay-Onlay Sứ toàn phần

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất mô cứng thân răng ở một mặt hay nhiều mặt răng.
- Nếu tổn thương mô cứng ở 1 đến 2 mặt răng thì làm Inlay
- Nếu tổn thương mô cứng từ 3 mặt trở lên Onlay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng chết tủy
- Răng có nguy cơ nứt vỡ thân răng

IV CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng sửa soạn làm inlay-onlay
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn inlay-onlay….

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

ccclxvii

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng làm inlay-onlay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Chuẩn bi xoang inlay, onlay

- Mặt nhai
- Xoang được mở rộng theo các rãnh của mặt nhai về phía gần và xa
- Thành xoang mở về phía mặt nhai một góc 2-5 độ
- Đáy xoang mài phẳng
- Mặt bên
- Mở rộng về phía ngoài trong
- Thành xoang phía tủy răng được sửa soạn theo hình dạng buồng tủy
- Đáy xoang phẳng và tạo với thành xoang phía tủy một góc lớn hơn hoặc bằng 90 độ

- Dùng mũi khoan kim cương mịn làm tròn các bờ các cạnh.
3.2. Lấy dấu
- Bơm Silicon nhẹ vào xoang inlay, onlay.
- Lấy dấu bằng Silicon nặng.
- Lấy dấu hàm đối.
3.3. Đổ mẫu
Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu 2 hàm
3.4. Thực hiện Inlay-Onlay sứ (tại Labo)
Thực hiện các công đoạn làm Inlay-Onlay sứ tại labo
3.5. Gắn phục hình
* Thử Inlay-Onlay: kiểm tra độ sát khít, hình thể và màu sắc.
* Gắn Inlay-Onlay sứ bằng kỹ thuật etching soi mòn
- Tạo bám dính mặt trong inlay-onlay:
ccclxviii
+ Etching bằng axít Hydro Fluoric 9%
+ Rửa và thổi khô
+ Bôi keo dán sứ
- Tạo bám dính bề mặt răng
+ Etching bằng axít Phosphoric 37% ,
+ Rửa và thổi khô,
+ Bôi keo dán men ngà.
- Gắn Inlay-Onlay vào bề mặt thân răng đã chuẩn bị bằng composit quang trùng hợp.
3.6. Kiểm tra khớp cắn
- Dùng giấy cắn để thử cắn
- Nếu có sang chấn, dùng mũi khoan thích hợp để chỉnh sửa.
3.7. Hướng dẫn người bệnh sau phục hình

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình sửa soạn

- Gây sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương
- Hở tủy răng khi chuẩn bị xoang in lay: điều trị tủy răng

2. Sau khi điều trị

Viêm tuỷ răng: Điều trị tuỷ

PHỤC HÌNH VENEER COMPOSITE GIÁN TIẾP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hồi các bất thường về hình thái màu sắc mặt ngoài các răng trước bằng Veneer Composite gián tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng đổi màu,
- Thiểu sản men răng.
- Các bất thường về hình thể các răng trước.
- Các tổn thương mất mô cứng men răng ở mặt ngoài các răng trước…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sang chấn khớp cắn răng phục hồi.

IV .CHUẨN BỊ

1.người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ sửa soạn răng làm veneer
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn Veneer.

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Chuẩn bị răng

- Đặt chỉ co lợi: chọn chỉ co lợi phù hợp, dùng cây đặt chỉ và đặt chỉ vào rãnh lợi mặt trước và 2 bên của răng chuẩn bị mài.
- Sửa soạn bề mặt thân răng:

+ Dùng mũi khoan thích hợp tạo các rãnh thâm nhập với độ sâu 0,3- 0,5mm.

+ Dùng mũi khoan thích hợp, mài mặt ngoài của răng với độ sâu 0,3-0,5mm theo các rãnh thâm nhập.

- Tạo đường hoàn tất cổ răng bằng mũi khoan kim cương tròn.
- Dùng mũi hoàn thiện hoàn tất bề mặt răng.
- So và chọn mầu Veneer.

3.2 Lấy dấu và đổ mẫu

- Lấy dấu hàm đã chuẩn bị bằng vật liệu silicon,
- Lấy dấu hàm đối,
- Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu hàm đã chuẩn bị,
- Đổ mẫu hàm đối.

3.3 Tạo và trùng hợp Veneer coposite

Thực hiện tại labo.

3.4 Gắn Veneer

- Thử veneer trên miệng người bệnh.

Kiểm tra độ sát khít, hình thể, màu sắc, khớp cắn và chỉnh sửa cho phù hợp.

- Tạo bám dính bề mặt răng :

+ Etching bằng axít Phosphoric 37% ,
+ Rửa và thổi khô,
+ Thoa keo dán men ngà.

- Gắn veneer.

+ Thoa keo và đặt composite vào mặt trong Veneer.
+ Đặt Veneer vào bề mặt răng đã chuẩn bị.
+ Lấy chất gắn thừa.
+ Cố định Veneer vào bề mặt thân răng bằng chiếu đèn quang trùng hợp trong thời gian thích hợp.

3.5 Kiểm tra khớp cắn

- Thử cắn bằng giấy cắn.
- Chỉnh sửa nếu cần.
- Hướng dẫn người bệnh sau phục hình.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

Viêm tuỷ răng: Điều trị tuỷ

PHỤC HÌNH VENEER SỨ TOÀN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hồi các bất thường về hình thái màu sắc các răng trước và răng hàm nhỏ bằng Veneer sứ toàn phần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng đổi màu,
- Các trường hợp có khe thưa nhóm răng trước,
- Các trường hợp thay đổi đặc điểm hình thể mặt ngoài răng,
- Thiểu sản men răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tật nghiến răng,
- Răng mọc chen chúc,
- Có sang chấn khớp cắn vùng răng trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ sửa soạn răng làm veneer
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn Veneer.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng sức khỏe toàn thân
- Tình trạng vệ sinh răng miệng

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị răng

- Đặt chỉ co lợi: chọn chỉ co lợi phù hợp, dùng cây đặt chỉ và đặt chỉ vào rãnh lợi mặt trước và 2 bên của răng chuẩn bị mài.
- Mài sửa soạn bề mặt thân răng:

+ Dùng mũi khoan trụ tạo các rãnh thâm nhập với độ sâu 0,5mm

+ Dùng mũi khoan trụ đường kính 1mm, mài lượn theo hình thể của răng độ sâu 0,5mm theo các rãnh thâm nhập

- Đối với răng hàm nhỏ để tăng sự lưu giữ có thể mài khoản hở ở vị trí 1/4 –

1/2 mặt nhai phía má khoảng 1-1,2mm.
- Tạo đường hoàn tất cổ răng bằng mũi khoan kim cương tròn.
- Dùng mũi hoàn thiện hình trụ đường kính 1,0mm hoặc 1,2mm hoàn tất bề mặt răng.
3.2. Lấy dấu:
- Lấy dấu hàm đã chuẩn bị bằng vật liệu silicon,
- Lấy dấu hàm đối,
- Sát khuẩn phần lấy dấu 2 hàm.
3.3. Đổ mẫu
- Sử dụng thạch cao siêu cứng để đổ mẫu hàm đã chuẩn bị,
- Đổ mẫu hàm đối.
3.4 Thực hiện Veneer sứ
Chuyển mẫu tới labo để thực hiện các công đoạn làm veneer sứ.
3.5. Gắn dán phục hình
- Thử veneer: kiểm tra độ sát khít, hình thể và màu sắc.
- Tạo bám dính mặt trong veneer:
+ Etching bằng axít Hydro Fluoric 9%
+ Rửa và thổi khô
+ Bôi keo dán sứ
- Tạo bám dính bề mặt răng :
+ Etching bằng axít Phosphoric 37% ,
+ Rửa và thổi khô,
+ Bôi keo dán men ngà.
- Gắn veneer vào bề mặt thân răng đã chuẩn bị bằng composit quang trùng hợp.
3.6. Kiểm tra khớp cắn
- Thử cắn bằng giấy cắn.
- Chỉnh sửa nếu có điểm chạm sớm.
- Hướng dẫn người bệnh sau phục hình.
3.7. Hướng dẫn người bệnh sau phục hình

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình điều trị

-Ê buốt răng: Gây tê vùng hoặc tại chỗ

2. Sau khi điều trị

Viêm tuỷ răng: Điều trị tuỷ

HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp nền nhựa thường.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng từng phần.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có răng mang móc.
- Người bệnh dị ứng với nhựa nền hàm.
- Khớp cắn sâu không đủ khoảng cách cho nền hàm.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương, gắp, thám châm.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Dụng cụ đo tương quan trung tâm....

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu, đổ mẫu.
- Vật liệu dùng trongđo tương quan trung tâm....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3.Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Lấy dấu

- Chọn và thử thìa.
- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- So mầu răng.

3.2.Làm nền hàm và gối sáp

Thực hiện tại Labo.

3.3. Thử cắn và ghi tương quan hai hàm

- Đặt hàm sáp vào miệng người bệnh.
- Xác định tầm cắn và sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn mặt cho phù hợp.
- Ghi tương quan hai hàm.

3.4.Lên răng

Thực hiện tại Labo với mầu răng và răng phù hợp.

3.5. Thử răng.

- Đặt hàm tạm đã lên răng trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra tương quan răng hai hàm.
- Kiểm tra mầu răng và hình thể răng.
- Chỉnh sửa nếu cần.

3.6. Ép hàm.

Thực hiện tại Labo:
- Ép hàm.
- Hòan thiện.

3.7. Lắp hàm trên miệng.
- Đặt hàm đã hòan thiện trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.
- Kiểm tra và chỉnh sửa các điểm gây đau ở nền hàm.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

HÀM GIẢ THÁO LẮP TOÀN PHẦN NỀN NHỰA THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất toàn bộ răng hai hàm bằng hàm giả tháo lắp nền nhựa thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng toàn bộ 2 hàm.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với nhựa.
- Viêm lóet hoại tử lợi miệng cấp.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương, gắp, thám châm.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Dụng cụ đo tương quan trung tâm....

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu, đổ mẫu.
- Vật liệu dùng trong đo tương quan trung tâm....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3.Thực hiện quy trình kỹ thuật

3. 1. Lấy dấu sơ khởi

- Chọn và thử thìa
- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.
- Đổ mẫu sơ khởi

3.2. Làm thìa lấy dấu cá nhân

Thực hiện tại Labo.

3.3. Lấy dấu bằng thìa cá nhân

- Chỉnh sửa thìa lấy dấu cá nhân.
- Làm vành khít, thử độ bám dính của hàm giả
- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Chọn mầu răng.

3.4.Làm nền hàm và gối sáp

Thực hiện tại Labo.

3.5. Thử cắn và ghi tương quan hai hàm

- Đặt hàm sáp vào miệng người bệnh.
- Xác định tầm cắn và sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn mặt cho phù hợp.
- Ghi tương quan hai hàm tại vị trí tương quan trung tâm hoặc khớp cắn chức năng.

3.6.Lên răng

Thực hiện tại Labo với mầu răng và răng phù hợp.

3.7. Thử răng.

- Đặt hàm tạm đã lên răng trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra tương quan răng hai hàm.
- Kiểm tra mầu răng và hình thể răng.
- Chỉnh sửa nếu cần.

3.8. Ép hàm.

Thực hiện tại Labo:

- Ép hàm.
- Hòan thiện.

3.9. Lắp hàm trên miệng.

- Đặt hàm đã hòan thiện trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.
- Kiểm tra và chỉnh sửa các điểm gây đau ở nền hàm.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm

HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA DẺO

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp nền nhựa dẻo.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng từng phần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có răng mang móc.
- Người bệnh dị ứng với nhựa nền hàm.
- Khớp cắn sâu không đủ khoảng cách cho nền hàm.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương, gắp, thám châm.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Dụng cụ đo tương quan trung tâm....

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu, đổ mẫu.
- Vật liệu dùng trong đo tương quan trung tâm....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Lấy dấu

- Chọn và thử thìa.
- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu lấy dấu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- So mầu răng.

3.2.Làm nền hàm và gối sáp

Thực hiện tại Labo.

3.3. Thử cắn và ghi tương quan hai hàm

- Đặt hàm sáp vào miệng người bệnh.
- Xác định tầm cắn và sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn mặt cho phù hợp.
- Ghi tương quan hai hàm.

3.4.Lên răng

Thực hiện tại Labo với mầu răng và răng phù hợp.

3.5. Thử răng.

- Đặt hàm tạm đã lên răng trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra tương quan răng hai hàm.
- Kiểm tra mầu răng và hình thể răng.
- Chỉnh sửa nếu cần.

3.6. Ép hàm.

Thực hiện tại Labo:

- Ép hàm.
- Hòan thiện.

3.7. Lắp hàm trên miệng.

- Đặt hàm đã hòan thiện trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.
- Kiểm tra và chỉnh sửa các điểm gây đau ở nền hàm.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

HÀM KHUNG KIM LOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp có khung sườn đúc bằng hợp kim.

II. CHỈ ĐỊNH:

Mất răng từng phần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các răng còn lại dưới 2 răng, không đủ tựa để mang hàm khung.
- Các răng còn lại lung lay, không đủ khả năng mang hàm khung.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám
- Dụng cụ đo mặt phẳng cắn (thước fox) và dụng cụ đo tầm cắn.
- Song song kế, càng nhai
- Dụng cụ mài chỉnh hàm
- Các dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.…

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu
- Vật liệu đổ mẫu….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Chụp X.quang đánh giá tình trạng các răng còn lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Thiết kế sơ khảo hàm khung.

- Lấy dấu 2 hàm.
- Đổ mẫu nghiên cứu
- Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.

3.2. Sửa soạn răng đặt móc

- Dùng các mũi khoan thích hợp tạo điểm tựa trên răng mang móc.
- Dùng các mũi khoan thích hợp để mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung.

3.3. Lấy dấu và đổ mẫu:

- Lấy dấu hàm mất răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu hàm đối.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

3.4. So mầu và chọn mầu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so mầu cho phù hợp.
3.5. Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao
3.6. Đúc hàm khung bằng hợp kim.
Thực hiện tại Labo.
3.7. Thử khung trên miệng người bệnh.
- Lắp hàm khung trên miệng.
- Đo tương quan 2 hàm.
3.8. Lên răng
- Cố định mẫu hàm trên càng nhai
- Lên răng
3.9. Thử răng trên miệng
- Kiểm tra độ sát khít, khớp cắn, mầu sắc và hình thể răng….
- Chỉnh sửa nếu cần.
3.10. Chế tạo hàm
Thực hiện tại Labo.
3.11. Lắp hàm
- Lắp hàm trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa nếu cần.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng hàm giả.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:
+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

HÀM KHUNG TITANIUM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp có khung sườn đúc bằng hợp kim titanium.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng từng phần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các răng còn lại dưới 2 răng, không đủ tựa để mang hàm khung.
- Các răng còn lại lung lay, không đủ khả năng mang hàm khung.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám
- Dụng cụ đo mặt phẳng cắn (thước fox) và dụng cụ đo tầm cắn.
- Song song kế, càng nhai
- Dụng cụ mài chỉnh hàm
- Các dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.…

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu
- Vật liệu đổ mẫu….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Chụp X.quang đánh giá tình trạng các răng còn lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Thiết kế sơ khảo hàm khung.

- Lấy dấu 2 hàm.
- Đổ mẫu nghiên cứu
- Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.

3.2. Sửa soạn răng đặt móc

- Dùng các mũi khoan thích hợp tạo điểm tựa trên răng mang móc.
- Dùng các mũi khoan thích hợp để mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung.

3.3. Lấy dấu và đổ mẫu:

- Lấy dấu hàm mất răng bằng vật liệu thích hợp.
- Lấy dấu hàm đối.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.

3.4. So mầu và chọn mầu răng:
Tùy trường hợp mà lựa chọn cách so mầu cho phù hợp.
3.5. Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao
3.6. Đúc hàm khung bằng hợp kim Titanium.
Thực hiện tại Labo.
3.7. Thử khung trên miệng người bệnh.
- Lắp hàm khung trên miệng.
- Đo tương quan 2 hàm.
3.8. Lên răng
- Cố định mẫu hàm trên càng nhai
- Lên răng
3.9. Thử răng trên miệng
- Kiểm tra độ sát khít, khớp cắn, mầu sắc và hình thể răng….
- Chỉnh sửa nếu cần.
3.10. Chế tạo hàm
Thực hiện tại Labo.
3.11. Lắp hàm
- Lắp hàm trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa nếu cần.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng hàm giả.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:
+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN NGHIẾN RĂNG BẰNG MÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị thói quen nghiến răng bằng máng chống nghiến.

II. CHỈ ĐỊNH

Tật nghiến răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ Răng hàm mặt

Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.

-Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

-Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Giấy thử cắn….

3.Người bệnh

Được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Sửa soạn mẫu làm máng

-Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu thích hợp:

- Lấy dấu cắn hai hàm tại vị trí tương quan trung tâm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao đá.
- Thiết kế máng trên mẫu thạch cao.

3.2. Làm khí cụ máng chống nghiến:

-Thực hiện tại Labo.

3.3. Hướng dẫn điều trị.

- Thử khí cụ máng chống nghiến trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa cho phù hợp.
- Đặt máng chống nghiến vào cung răng.
- Kiểm tra độ khít sát,khớp cắn.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng.

3.4. Các lần hẹn điều trị tiếp theo.

- Kiểm tra tình trạng cơ và khớp thái dương hàm của người bệnh và chỉnh sửa máng cho phù hợp.
- Hỏi, kiểm tra tình trạng nghiến răng của người bệnh.

3.5. Kết thúc điều trị

Khi người bệnh đã ngừng hẳn thói quen nghiến răng, thì tháo máng và kết thúc điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Đau khớp thái dương hàm: Điều chỉnh độ cao của máng.

2. Sau khi điều trị

Tái phát nghiến răng: Thực hiện lại quy trình trên

THÁO CẦU RĂNG GIẢ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ cầu răng giả do cầu răng không đạt yêu cầu hoặc cần nhổ răng trụ

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng trụ cầu có bệnh lý tủy răng.
- Răng trụ cầu có bệnh lý viêm quanh cuống răng.
- Cầu sứ vỡ.
- Cầu răng không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.
- Người bệnh có kế hoạch điều trị tia xạ vùng miệng và hàm mặt.
- Răng trụ cầu cần nhổ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng trụ lung lay độ 4

IV. CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ tháo chụp

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tình trạng các răng trụ.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Cắt cầu.

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt từng chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo cầu.
- Dùng dụng cụ thích hợp nới lỏng chụp.

3.2 Tháo cầu

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấy chụp răng đã cắt ra khỏi răng mang chụp.
- Lấy bỏ xi măng gắn chụp khỏi bề mặt thân răng.

VI. THEO DÕIVÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Răng tổn thương mất mô cứng: Phục hồi lại mô cứng thân răng.

2.Sau khi điều trị

Không có tai biến.

THÁO CHỤP RĂNG GIẢ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ chụp răng giả do chụp răng không đạt yêu cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng mang chụp có bệnh lý tủy răng.
- Răng mang chụp có bệnh lý viêm quanh cuống răng.
- Chụp sứ vỡ.
- Chụp răng không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.
- Người bệnh có kế hoạch điều trị tia xạ vùng miệng và hàm mặt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng mang chụp lung lay độ 4.

IV. CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm
- Bộ dụng cụ tháo chụp.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang xác định tìnhtrạng răng.

cd

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1 Cắt chụp.

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo chụp.
- Dùng dụng cụ thích hợp nới lỏng chụp.

3.2 Tháo chụp

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấychụp răng đã cắt ra khỏi răngmang chụp.
- Lấy bỏ xi măng gắn chụp khỏi bề mặt thân răng.

VI. THEO DÕIVÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Răng tổn thương mất mô cứng: Phục hồi lại mô cứng thân răng.

2.Sau khi điều trị

Không có tai biến.

SỬA HÀM GIẢ GÃY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hồi lại hàm giả tháo lắp có nền nhựa bị gãy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hàm giả tháo lắp nền nhựa nứt.
- Hàm giả tháo lắp nền nhựa gãy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Hàm giả tháo lắp gãy nhiều mảnh không thể phục hồi chính xác được.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.
- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu
- Vật liệu đổ mẫu.
- Giấy thử cắn….

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

- Đặt hai nửa hàm vào miệng người bệnh.
- Lấy dấuhàm:

+ Hàm mang hàm giả gãy:

* Hàm còn răng: Đặt hàm giả gãy lên miệng và lấy dấu.
* Hàm mất răng tòan bộ: Lấy dấu hàm không mang hàm giả.

+ Lấy dấu hàm đối.

- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Phục hồi hàm gãy:

+ Thực hiện tại Labo.

- Lắp hàm trên miệng:

+ Đặt hàm giả đã phục hồi lên miệng người bệnh.
+ Kiểm tra khớp cắn và mức độ sát khít của nền hàm.
+ Chỉnh sửa cho phù hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:
+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

THÊM RĂNG CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật thêm răng vào hàm giả tháo lắp do người bệnh mất thêm răng sau khi đã có hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất thêm răng ở người bệnh đã có hàm giả tháo lắp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất thêm nhiều răng.
- Mất hết các răng còn lại ở người bệnh có hàm giả tháo lắp từng phần.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.
- Dụng cụ lấy dấu
- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu
- Vật liệu đổ mẫu.
- Giấy thử cắn….

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Lấy dấu:

- Lấy dấu hai hàm:

+ Lấy dấu hàm cần thêm răng: Đặt hàm giả trên miệng và lấy dấu.
+ Lấy dấu hàm đối.

- Đổ mẫu.
- So mầu và chọn mầu răng cần thêm.
- Thiết kế nền hàm trên mẫu thạch cao.

3.2.Thêm răng:

Thực hiện tại labo.

3.3. Lắp hàm

- Đặt hàm giả đã thêm răng vào vùng mất răng.
- Kiểm tra khớp cắn răng mới thêm.
- Kiểm tra nền hàm vùng mới mở rộng và chỉnh sửa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm lóet .

+ Chỉnh sửa hàm.

THÊM MÓC CHO HÀM GIẢ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật thêm móc vào hàm tháo lắp do hàm giả gãy móc hoặc mất răng mang móc, cần phải đặt móc sang răng khác

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy móc.
- Mất răng đang mang móc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng lung lay không đủ vững để mang móc.
- Mất hết răng mang móc.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.
- Dụng cụ lấy dấu
- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Vật liệu lấy dấu
- Vật liệu đổ mẫu…

3.Người bệnh:

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1. Lấy dấu:

- Lấy dấu hai hàm:

+ Lấy dấu hàm cần thêm móc: Đặt hàm giả trên miệng và lấy dấu.
+ Lấy dấu hàm đối.

3.2.Thêm móc:

Thực hiện tại labo.

3.3. Lắp hàm

- Đặt hàm giả đã thêm móc vào miệng người bệnh.
- Kiểm tra móc mới thêm.
- Chỉnh sửa nếu cần thiết.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc miệng do đầu tay móc quá sắc.Điều chỉnh đầu tay móc và điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:
+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm.

ĐỆM HÀM NHỰA THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đệm lại hàm giả tháo lắp khi hàm bị lỏng do sống hàm tiêu

II. CHỈ ĐỊNH

- Hàm giả tháo lắp lỏng do tiêu sống hàm.
- Hàm giả tháo lắp lỏng do biên giới nền hàm không chính xác.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sống hàm tiêu quá nhiều không còn khả năng lưu giữ hàm giả.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay quả đậu, gương khám.
- Tay khoan chậm và mũi khoan các loại….

2.2 Vật liệu:

- Nhựa đệm hàm.
- Giấy thử cắn….

3.Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4.Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và sống hàm vùng mất răng.

3. Thực hiện quy trình kỹ thuật

3.1.Chuẩn bị hàm giả cần đệm

- Làm ráp bề mặt phần nền hàm giảtiếp xúc với niêm mạc.
- Làm thấp biên giới nền hàm khoảng 1mm.
- Mài bớt một nửa chiều dày phần nền hàm giả vùng tiếp xúc với niêm mạc môi má, sau đó làm ráp bề mặt.

3.2. Chuẩn bị nhựa đệm hàm

- Trộn nhựa tự cứng và nước nhựa theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Khi nhựa trùng hợp ở giai đoạn 2, đặt nhựa lên nền hàm giả ở các phần đã sửa soạn.

3.3.Đặt hàm giả lên miệng người bệnh

- Đặt hàm giả có nhựa đệm vào miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh cắn ở vị trí cắn khít trung tâm.
- Làm các động tác môi má để hàm giả có biên giới nền hàm chính xác.
- Lấy bỏ phần nhựa thừa.
- Lấy hàm giả ra khỏi miệng người bệnh trước khi nhựa cứng sao cho nhựa được trùng hợp ở ngoài miệng.

3.4. Chỉnh sửa và hòan thiện hàm giả đã đệm.

- Lắp hàm trên miệng.

- Kiểm tra về khớp cắn, độ bám dính, và chỉnh sửa các điểm gây đau.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Bỏng niêm mạc miệng do nhựa trùng hợp trong miệng: Điều trị bỏng niêm mạc.
- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau khi điều trị

- Viêm lóet niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm lóet .
+ Chỉnh sửa hàm

SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT MÔI

I.ĐẠI CƯƠNG

Mút môi dưới là thói quen bất lợi cho hàm răng, là nguyên nhân gây ra sai khớp cắn như răng cửa trên bị đẩy ra phía ngoài, răng cửa dưới ngả trong, làm tăng độ cắn chùm, cắn chìa, tăng trương lực của cơ cằm

-Việc điều trị phải loại bỏ được thói quen xấu và điều chỉnh sai khớp cắn

II.CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có thói quen xấu mút môi gây sai khớp cắn hoặc có nguy cơ gây sai khớp cắn.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Người bệnh không hợp tác

IV.CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2.Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng: cây ấn band, kìm tháo band,thìa lấy dấu...
- Vật liệu:

+ Vật liệu lấy dấu,

+ Band răng hàm 2 ống có kích thước phù hợp,

+ Khí cụ chặn môi có kích thước phù hợp...

3.Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định
- XQUANG: phim cephalometrics, panorama
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất

+ Lấy dấu, đổ mẫu 2 hàm

+Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.

3.2. Lần hẹn thứ hai: thường sau 1 tuần

+ Chọn band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới phù hợp với kích thước răng trên mẫu hàm thạch cao.

+ Chọn kích thước của dụng cụ chặn môi phù hợp sao cho khí cụ ở phía trước và phía dưới răng cửa dưới là 2mm

+ Thử các band trên miệng người bệnh, đảm bảo band sát khít với răng.

+ Gắn band vào các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.

+ Lắp khí cụ chặn môi vào ống band phụ sao cho khí cụ ở phía trước cung răng khoảng 2mm và phía dưới rìa cắn răng cửa dưới khoảng 2mm

+ Cố định khí cụ chặn môi bằng các chun nối giữa band và móc của khí cụ chặn môi.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo: tái khám 1 tháng/1 lần

- Đánh giá tình trạng khí cụ
- Hỏi đánh giá tình trạng thói quen mút môi
- Điều chỉnh khí cụ nếu cần
- Hướng dẫn cách chăm sóc khí cụ bổ xung cho người bệnh và người nhà nếu cần

3.4. Lần điều trị cuối cùng: thường sau 1-2 năm điều trị

- Đánh giá tình trạng cung răng
- Hỏi xác định trẻ đã ngừng thói quen mút môi
- Tháo khí cụ

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng do gãy band hoặc gãy khí cụ: điều trị sang thương và thay band khác
- Viêm quanh răng các răng mang band do lún hoặc gãy band: điều trị viêm quanh răng và thay band

SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU ĐẨY LƯỠI

I.ĐẠI CƯƠNG

- Đẩy lưỡi là thói quen bất lợi cho hàm răng, là nguyên nhân sai khớp cắn như khớp cắn hở , tăng độ cắn chìa, cản trở mọc răng...
- Việc điều trị phải loại bỏ được thói quen xấu và điều chỉnh sai khớp cắn.

II.CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có thói quen xấu đẩy lưỡi gây sai khớp cắn hoặc có nguy cơ gây sai khớp cắn.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không hợp tác.

IV.CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ
- Kỹ thuật viên nha khoa.

2.Phương tiện

- Ghế máy răng.
- Bộ khay khám
- Thìa lấy dấu và vật liệu lấy dấu
- Bộ dụng cụ và vật liệu nắn chỉnh răng: cây ấn band, kìm tháo band, band răng hàm lớn hàm trên…

3.Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim sọ nghiêng cephalometry, phim Panorama.
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

+ Lấy dấu, đổ mẫu 2 hàm

+Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên

3.2. Lần hẹn thứ hai:

+ Chọn band răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên phù hợp với kích thước răng trên mẫu hàm thạch cao.

+ Thử các band trên miệng người bệnh, đảm bảo band sát khít với răng.

+ Đặt band vào các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.

+ Lấy dấu hàm trên bằng vật liệu lấy dấu thông thường.

+ Gỡ band và đặt band vào phần lấy dấu hàm trên.

+ Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.

+ Gỡ mẫu, vẽ thiết kế trên mẫu thạch cao và ghi hướng dẫn trên phiếu để chuyển đến Labo làm khí cụ.

+ Làm khí cụ tại Labo.
3.3. Lần hẹn thứ 3:
+ Kiểm tra khí cụ trước khi lắp trên người bệnh: kiểm tra các mối hàn
+ Lắp khí cụ trên người bệnh:
 Thử độ khít sát của khí cụ trên miệng người bệnh.
 Làm sạch, cách ly, thổi khô các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
 Dùng vật liệu Cement gắn khí cụ.
3.4. Các lần hẹn tiếp theo: tái khám 1 tháng /1 lần
- Đánh giá tình trạng khí cụ
- Hỏi đánh giá tình trạng thói quen đẩy lưỡi
- Điều chỉnh khí cụ nếu cần
- Hướng dẫn cách chăm sóc khí cụ bổ xung cho người bệnh và người nhà nếu cần
3.5. Lần hẹn cuối cùng: thường sau 1-2 năm điều trị
- Đánh giá tình trạng cung răng
- Hỏi xác định trẻ đã ngừng thói quen mút môi
- Tháo khí cụ

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng do gãy band hoặc gãy khí cụ: điều trị sang thương và thay band khác hoặc sửa khí cụ bị gãy
- Viêm quanh răng các răng mang band do lún hoặc gãy band: điều trị viêm quanh răng và thay band

SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT NGÓN TAY

I.ĐẠI CƯƠNG

- Mút ngón tay là thói quen bất lợi cho hàm răng, là nguyên nhân gây ra khớp cắn hở vùng răng cửa,hẹp hàm trên, khớp cắn chéo phía sau, tăng độ cắn chìa ...
-Việc điều trị phải loại bỏ được thói quen xấu và điều chỉnh sai khớp cắn

II.CHỈ ĐỊNH

-Các trường hợp sai khớp cắn do thói quen xấu mút ngón tay
- Thói quen xấu mút ngón tay có nguy cơ gây rối loạn khớp cắn

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không hợp tác

IV.CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2.Phương tiện

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng
- Band răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên.
- Bộ dụng cụ và vật liệu Nắn chỉnh răng: Cây ấn band, kìm tháo band...

3.Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim sọ nghiêng cephalometry, phim Panorama.
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.
- Mẫu hàm thạch cao.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất:
+ Lấy dấu 2 hàm,
+ Đổ mẫu thạch cao
+ Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên.
3.2. Lần hẹn thứ hai:
+ Chọn band các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên ở trên mẫu hàm thạch cao.
+ Thử các band trên miệng người bệnh
+ Đặt band vào các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên.
+ Lấy dấu hàm trên bằng vật liệu lấy dấu thông thường.
+ Gỡ và đặt các band và vào các vị trí tương ứng trên dấu hàm.
+ Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.
+ Gỡ mẫu, vẽ thiết kế trên mẫu thạch cao và ghi hướng dẫn và chỉ định làm

khí cụ
+ Chuyển đến Labo làm khí cụ.
3.3. Lần hẹn thứ 3:
- Lắp khí cụ trên người bệnh:
+ Thử khí cụ trên miệng người bệnh.
+ Gắn khí cụ trên miệng
- Hướng dẫn người bệnh:
+ Vệ sinh răng miệng
+ Cách thức bảo quản khí cụ trong miệng.
3.4. Các lần điều trị tiếp theo:
- Kiểm tra việc ngừng thói quen xấu
- Kiểm tra tình trạng vệ sinh răng miệng và tình trạng khí cụ để có hướng dẫn phù hợp
3.5. Lần hẹn cuối cùng:
- Tháo khí cụ
- Duy trì điều trị nắn chỉnh răng

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Viêm loét niêm mạc miệng :điều trị viêm loét và hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng. Nếu cần, có thể tháo phức hợp ốc nong nhanh.
- Viêm quanh răng các răng mang band do lún band: điều trị viêm và gắn lại band
- Sang thương niêm mạc miệng do gãy phức hợp ốc nong: điều trị sang thương và làm lại phức hợp.

LẤY LẠI KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị tạo lại khoảng để đưa các răng lệch lạc về đúng vị trí giải phẫu trên cung hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu khoảng cho các răng mọc đúng vị trí giải phẫu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.
- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

IV . CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng….

2.2 Vật liệu

- Bộ mắc cài.
- Dây cung.
- Lò xo tạo khoảng...

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng thiếu khoảng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Chuẩn bị cho gắn khí cụ cố định.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng có chỉ định đặt band.

3.2 Đặt gắn các khí cụ cố định.

- Tháo chun tách kẽ.
- Thử và chọn band.
- Gắn band.
- Gắn mắc cài.

3.3 Sắp thẳng răng chuẩn bị cho tạo khoảng.

- Đi các dây cung đàn hồi với các kích thước khác nhau từ nhỏ đến lớn.

3.4 Đặt khí cụ tạo khoảng

- Đi dây cung SS 0.016-0.022 hoặc 0.017-0.025

- Đặt lò xo đẩy tại vị trí cần tạo khoảng.

3.5 Các lần điều trị tiếp theo

- Kiểm tra tình trạng các răng cạnh vùng tạo khoảng.
- Đánh giá tình trạng di chuyển răng và khoảng được tạo.
- Duy trì lực đẩy bằng cách điều chỉnh lò xo đẩy cho phù hợp.

3.6. Kết thúc quy trình lấy khoảng.

Khi khoảng đã đủ rộng để đưa các răng lệch lạc về đúng vị trí giải phẫu thì kết thúc giai đoạn tạo khoảng và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.
- Lung lay quá mức các răng cạnh vùng tạo khoảng: Điều chỉnh lực đẩy

NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ỐC NONG NHANH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nong rộng hàm bằng khí cụ ôc nong nhanh là kỹ thuật sử dụng ốc nong nhanh nong rộng hàm trên trong một khoảng thời gian ngắn hỗ trợ cho điều trị chỉnh nha.
- Khí cụ ốc nong nhanh được gắn trên miệng người bệnh thông qua 2 band răng hàm lớn thứ nhất và 2 band răng hàm nhỏ thứ nhât hàm trên có máng nâng khớp hoặc không. Có thể gắn band răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm sữa trên những người bệnh ở giai đoạn sớm của răng hỗn hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Kém phát triển xương hàm trên
- Cắn chéo vùng răng sau 1 hoặc 2 bên do xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không hợp tác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng…

2.2 Vật liệu

- Ốc nong nhanh
- Band.
- Xi măng gắn….

3. Người bệnh

được giải thích trước khi điều trị và trước khi thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

- Lần hẹn thứ nhất:

+ Lấy dấu 2 hàm
+ Đổ mẫu thạch cao cứng 2 hàm
+ Đặt chun tách kẽ các răng hàm
+ Chọn band và ốc nong nhanh

- Lần hẹn thứ 2

+ Thử band trên mẫu hàm thạch cao của người bệnh
+ Thử band trên miệng người bệnh không gắn cement
+ Lấy dấu có band
+ Đặt chun tách kẽ các răng hàm

- Lần hẹn thứ 3:

+ Đánh sạch răng người bệnh
+ Gắn ốc nong nhanh lên miệng người bệnh
+ Hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh răng miệng
+ Hướng dẫn người bệnh cách tăng ốc từng ngày hoặc từng tuần theo nhu cầu điều trị cho đến khi đạt kết quả.
- Khe thưa giữa 2 răng cửa giữa hàm trên sẽ xuất hiện cùng với việc xương hàm trên được tách ra.
- Sau khi nong đủ, khí cụ ốc nong nhanh phải được giữ trong miêng ít nhất 3 tháng trước khi tháo bỏ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong quá trình gắn khí cụ ôc nong nhanh:
Đau: chỉnh lại hoặc làm lại hàm ốc nong nhanh
- Trong quá trình điều trị
+ Viêm, loét miêng do kém vệ sinh: làm vệ sinh va hướng dẫn người bệnh tự làm vệ sinh, có thể tháo bỏ hàm ốc nong nhanh nếu viêm loét mức độ nặng nhất là hàm có thêm máng nâng khớp.
+ Lún band gây tổn thương túi nha chu và loét tại chỗ do bong chất gắn: làm sạch và gắn lại hàm ốc nong nhanh

NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ QUAD HELIX

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nong rộng hàm là một kỹ thuật trong nắn chỉnh để làm rộng hàm và cung răng.
- Quad Helix là khí cụ được sử dụng để nong rộng hàm trên. Khí cụ này tác động vào hàm qua 2 band tựa vào răng hàm lớn thứ nhất và cánh tay lực tựa vào các răng hàm nhỏ. Mỗi lần hẹn điều trị, khí cụ được tháo rời khỏi 2 band để điều chỉnh lực và vị trí tác động.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hàm trên 1 bên hoặc 2 bên
- Hẹp hàm trên do khe hở vòm miệng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không hợp tác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện:

- Bộ Quad Helix, 2 band cho răng hàm lớn hàm trên
- Các dụng cụ chuyên dụng.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

- Lần hẹn thứ nhất:

+ Lấy dấu 2 hàm
+ Đổ mẫu thạch cao cứng 2 hàm
+ Đặt chun tách kẽ các răng hàm
+ Chọn band và Quad Helix phù hợp.

- Lần hẹn thứ hai:

+ Gắn band vào các răng hàm lớn thứ nhất
+ Chỉnh Quad Helix sao cho có lực tác động phù hợp
+ Gài Quad Helix vào 2 band
+ Hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh răng miệng

- Các lần điều trị tiếp theo.

+ Đánh giá tình trạng hàm răng và khí cụ.
+ Tháo Quad Helix ra khỏi band
+ Điều chỉnh Quad Helix để có lực tác động phù hợp
+ Đặt Quad Helix trở lại vào các band

- Lần điều trị duy trì

Đánh giá tình trạng hàm răng. Nếu cung răng đã đủ rộng như mong muốn

thì cố định hàm bằng cách không tác động lực vào Quad Helix và lưu khí cụ từ 3 – 6 tháng.

- Lần hẹn cuối cùng

+ Dùng các dụng cụ chuyên dụng tháo Quad Helix và các band ra khỏi hàm răng.

+ Làm sạch răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị:

+ Gãy khí cụ gây sang thương niêm mạc miệng: tháo khí cụ và thay thế khí cụ khác.

+ Viêm lợi các răng hàm lớn thứ nhất do gãy hoặc lún band : tháo band và thay band khác.

NẮN CHỈNH RĂNG /HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG SỬ DỤNG HEADGEAR

I. ĐẠI CƯƠNG

- Headgear là khí cụ sử dụng lực ngoài miệng tác động vào răng và xương hàm trên nhằm tạo ra các thay đổi về răng và xương như mong muốn.
- Cấu tạo Headgear bao gồm: cung Headgear lắp vào ống band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và đai kéo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên ở các người bệnh còn trong thời kỳ đang tăng trưởng.
- Di xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
- Tăng cường neo chặn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nắn chỉnh hình răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng: kìm tháo band, cây ấn band, thước đo lực...
- Vật liệu: bộ Headgear, chun tách kẽ, band có ống cho Headgear…

3. Người bệnh

Được giải thích các vấn đề liên quan tới quy trình điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim toàn cảnh, phim sọ nghiêng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Lần hẹn 1:

- Lấy dấu hai hàm, đổ mẫu thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ vùng răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.

3.2. Lần hẹn 2:

- Chọn và thử khí cụ:

+ Chọn band loại có ống dành cho Headgear và cung Headgear trên mẫu hàm thạch cao.
+ Chọn đai Headgear tùy theo chỉ định điều trị (HG kéo cao, HG kéo thấp hoặc HG kết hợp).
+ Thử band trên miệng.
+ Làm sạch răng và band.

- Gắn khí cụ :

+ Cách ly các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên, làm khô răng
+ Gắn band trên miệng người bệnh, dùng cây ấn band điều chỉnh band ở vị trí đúng, cố định band cho đến khi xi măng đông cứng
+ Lấy chất gắn thừa và kiểm tra khớp cắn.

- Lắp Headgear:
+ Lồng cung Headgear vào ống band của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
+ Điều chỉnh cung Headgear cho phù hợp.
- Tác động lực :
Điều chỉnh khớp đai để có lực tác động phù hợp ở mức:
+ Khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên: lực 350-500 gram/bên.
+ Di xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên: lực100 gram/bên.
+ Tăng cường neo chặn: lực cần phải lớn hơn lực kéo răng trước ra sau.
- Hướng dẫn người bệnh cách tháo lắp khí cụ và thời gian đeo ít nhất 12h/ngày và không được phép đeo khi hoạt động thể thao.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo:
- Thông thường cách nhau từ 4-6 tuần.
- Điều chỉnh khớp đai để duy trì lực tác động ở mức mong muốn:
3.4. Điều trị duy trì:
- Sau khi răng hoặc xương hàm trên đã dịch chuyển đạt được mục đích điều trị thì ngừng điều chỉnh Headgear.
- Giữ nguyên Headgear để duy trì tương quan hai hàm trong thời gian từ 6-9 tháng hoặc lâu hơn tùy trường hợp.
3.5. Kết thúc điều trị:
- Kiểm tra tình trạng tương quan hai hàm.
- Chụp phim sọ nghiêng.
- Tháo khí cụ Headgear.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng do lún hoặc gãy khí cụ: làm lại và điều trị vết thương.
- Viêm quanh răng các răng mang band: tùy mức độ, có thể dùng thuốc hoặc tháo band, chờ lành thương điều trị tiếp.
- Răng lung lay quá mức do tác động lực mạnh quá : ngừng tác động hoặc tháo khí cụ.

ĐIỀU TRỊ CHỈNH HÌNH RĂNG MẶT SỬ DỤNG KHÍ CỤ FACE MASK VÀ ỐC NONG NHANH

I. ĐẠI CƯƠNG

Face mask là khí cụ chỉnh hình sử dụng lực ngoài miệng tác động vào xương hàm trên nhằm mục đích kích thích sự tăng trưởng ra trước của xương hàm trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Kém phát triển xương hàm trên mức độ nặng.
- Người bệnh đã hết tăng trưởng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

- Dụng cụ: kìm tháo band, cây ấn band, thìa lấy dấu, thước đo lực.
- Vật liệu: face mask, chun kéo face mask, chun tách kẽ, chất lấy dấu, xi măng gắn.
- Ốc nong xương hàm trên, band.

3. Người bệnh

Được giải thích các vấn đề liên quan tới quy trình điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim toàn cảnh và phim sọ nghiêng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1 Lần hẹn 1:

- Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu thạch cao cứng
- Đặt chun tách kẽ vùng răng hàm cần đặt band (nếu dùng máng nâng khớp thì không cần đặt band và tách kẽ).

3.2 Lần hẹn 2 (sau 1 vài ngày):

- Chọn band cho các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hoặc răng hàm sữa thứ 2 trên mẫu thạch cao
- Thử band trên các răng của người bệnh
- Đặt band đã chọn vào các răng tương ứng
- Lấy dấu hàm trên (có band)
- Lấy sáp nâng khớp (nếu cần)
- Lấy band ra khỏi răng và đặt band vào đúng vị trí trên dấu .
- Đổ mẫu thạch cao cứng có band
- Chuyển mẫu tới Labo để chế tạo phức hợp ốc nong nhanh-band hàm trên
- Đặt lại chun tách kẽ và hẹn người bệnh tới lần hẹn tiếp theo.

3.3 Lần hẹn 3:

- Kiểm tra phức hợp ốc nong nhanh- band theo đúng tiêu chuẩn.
- Thử phức hợp ốc nong nhanh- band trên miệng người bệnh và mài chỉnh

nếu cần.
- Làm sạch răng và phức hợp ốc nong- band
- Cách ly và làm khô răng.
- Đặt phức hợp với xi măng vào các răng đã chuẩn bị
- Dùng cây ấn band điều chỉnh và kiểm tra khớp cắn
- Hướng dẫn người nhà người bệnh nong ốc nong nhanh.
- Lắp và điều chỉnh face mask.
- Tác động lực :
+ Đặt 2 chun từ móc vị trí mặt ngoài răng nanh 2 bên hàm trên tới móc của thanh ngang của cung facemask.
+ Dùng thước đo lực để điều chỉnh lực kéo chun ở mức 300-500g mỗi bên.
- Hướng dẫn người bệnh cách tháo, lắp facemask và thay chun.
- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong lúc đặt facemask

Nếu thực hiện đúng quy trình kỹ thuật thì không có tai biến gì.

2. Sau khi đặt facemask

- Sang thương niêm mạc miệng do lún hoặc gãy phức hợp trong miệng: làm lại và điều trị vết thương
- Viêm quanh răng các răng mang band: tùy mức độ, có thể dùng thuốc hoặc tháo band, chờ lành thương điều trị tiếp.

NẮN CHỈNH RĂNG/HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG SỬ DỤNG CHIN-CUP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị kiềm chế sự phát triển quá mức của xương hàm dưới sử dụng lực ngòai miệng bằng khí cụ Chin-cup.
- Chin-cup được thiết kế bao gồm chụp cằm, chụp đầu và phần điều chỉnh lực

II. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại III do quá phát xương hàm dưới, kiểu mặt dài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không còn trong độ tuổi tăng trưởng.
- Người bệnh có bệnh lý khớp thái dương hàm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Khí cụ Chin-cup.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu….

3.Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng quá phát xương hàm dưới.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Đặt khí cụ Chin – cup trên người bệnh.

- Thử và chọn khí cụ Chin-cup cho phù hợp.
- Đặt phần chụp cằm vào cằm người bệnh.
- Đặt chụp mũ vào đầu người bệnh.
- Đặt phần điều chỉnh lực:

+ Lồng bộ phận điều chỉnh lực vào chụp đầu.
+ Lồng đầu còn lại của bộ phận điều chỉnh lực vào chụp cằm.

- Điều chỉnh lực sao cho để có thể đẩy cằm lên trên và ra sau với lực cho mỗi bên từ 16-24 oz (450-680 gr).
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng : cách tháo, đeo, bảo quản chin-cup.Thời gian đeo tối thiểu 14h/ ngày

3.2. Các lần hẹn tiếp theo:

- Thường cách nhau từ 3-6 tháng.

- Kiểm tra và đánh giá kết quả điều trị:
+ Trên lâm sàng.
+ Trên phim Cephalometric. So sánh với phim lần trước (chồng phim).
+ Chụp ảnh và đối chiếu với các lần trước.
- Kiểm tra và điều chỉnh lực.
- Hướng dẫn người bệnh các điểm lưu ý sử dụng Chin-cup.

3.3. Điều trị duy trì:
- Ngừng điều chỉnh lực và chuyển sang điều trị duy trì khi
+ Kết quả điều trị đạt mục tiêu, hoặc
+ Người bệnh hết thời kỳ tăng trưởng.

3.4. Kết thúc điều trị.
Sau thời gian điều trị duy trì, kết thúc giai đoạn điều trị có sử dụng Chin-cup.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị
- Đau khớp thái dương hàm: giảm lực tác động hoặc ngừng đeo khí cụ.
- Viêm, lóet da vùng cằm: Tháo khí cụ và điều trị viêm, lóet.

2. Sau quá trình điều trị
Viêm da tiếp xúc tại chỗ đeo chụp cằm: xoa bột tan, dùng miếng lót không gây kích ứng

DUY TRÌ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Duy trì kết quả là một giai đoạn rất quan trọng trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng nhằm tránh tái phát, được thực hiện sau khi tháo khí cụ gắn chặt và khí cụ tháo lắp.

Khí cụ duy trì cố định được dán vào mặt trong các răng phía trước do vậy không phụ thuộc vào sự hợp tác của người bệnh trong việc đeo khí cụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp người bệnh trước điều trị có vùng răng phía trước chen chúc, răng xoay nhiều hoặc có khe thưa răng cửa giữa hàm trên.
- Người bệnh không muốn duy trì kết quả bằng khí cụ tháo lắp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không đủ khoảng ở các răng trước hàm trên do răng cửa dưới cắn chạm vào khí cụ duy trì cố định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng: kìm tác dụng hàm, kìm cắt dây, đèn quang trùng hợp…
- Vật liệu: dây thép uốn sẵn hoặc dây xoắn kim loại để uốn, composite lỏng, a xít phosphoric 37%, keo dán…

3. Người bệnh

- Được giải thích các vấn đề liên quan tới quy trình điều trị.
- Người bệnh đã được kết thúc giai đoạn hoàn thiện điều trị nắn chỉnh răng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Lần hẹn 1:

+ Lấy dấu hàm.
+ Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
+ Chọn cung lưu giữ uốn sẵn rồi điều chỉnh trên mẫu thạch cao hoặc uốn từ dây xoắn cho phù hợp với các răng.

3.2. Lần hẹn 2: Gắn khí cụ

- Thử cung lưu giữ trên miệng người bệnh và điều chỉnh cho phù hợp với cung răng trên lâm sàng.
- Làm sạch mặt trong các răng phía trước, cách ly và làm khô.
- Dùng a xít phosphoric 37% xoi mòn men răng, bơm rửa, làm khô răng.
- Bôi keo dán lên bề mặt răng.
- Chiếu đèn quang trùng hợp.

- Cố định cung lưu giữ:
+ Đặt cung lưu giữ vào vị trí mặt trong các răng.
+ Cố định tạm thời cung lưu giữ.
+ Bơm composit lỏng phủ lên cung lưu giữ và bề mặt men răng.
+ Chiếu đèn quang trùng hợp cố định.
- Kiểm tra khớp cắn và các điểm dán composite.
- Mài chỉnh composite cho phù hợp.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo:
- Hẹn người bệnh tái khám định kỳ cách nhau 2-3 tháng:
+ Kiểm tra sự ổn định của khí cụ, nếu bong composite thì gắn lại.
+ Kiểm tra tình trạng nha chu. Có thể phải lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng nếu cần.
3.4. Kết thúc điều trị duy trì:
- Thông thường giữ khí cụ duy trì từ 1-2 năm hoặc lâu hơn.
- Dùng kìm luồn dây để tháo dây cung.
- Lấy bỏ composite và làm sạch răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng do gãy cung lưu giữ : tháo khí cụ, điều trị hết tổn thương rồi dán lại bằng khí cụ khác.

SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH NANCE LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nắn chỉnh răng sử dụng khí cụ cố định Nance là kỹ thuật nắn chỉnh các răng có sử dụng khí cụ Nance làm neo chặn.

Khí cụ Nance gồm 1 cung dây thép có đường kính 0,9mm, cung dây thép phía sau nối với band gắn hai răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và phía trước nối với phần nhựa acrylic áp sát vào niêm mạc vòm miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nắn chỉnh răng cần neo chặn tối đa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Viêm quanh răng
- Người bệnh dị ứng với nhựa acrylic.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Các Band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
- Cây ấn band.
- Kìm tháo band.
- Thìa lấy khuôn.
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Khí cụ Nance.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim sọ nghiêng cephalometry, Phim Panorama.
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.
- Mẫu hàm thạch cao.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Lần khám thứ nhất chuẩn bị cho đặt band:

Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.

3.2. Lần khám thứ hai:

+ Chọn band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên phù hợp với kích thước răng trên mẫu hàm thạch cao.
+ Thử các band trên miệng người bệnh, đảm bảo band sát khít với răng.
+ Đặt band vào các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
+ Lấy dấu hàm trên bằng vật liệu lấy dấu thông thường.
+ Gỡ band và đặt band vào phần lấy dấu hàm trên.

+ Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.
+ Gỡ mẫu, vẽ thiết kế trên mẫu thạch cao và ghi hướng dẫn trên phiếu để chuyển đến Labo làm khí cụ Nance.
3.3. Lần khám thứ 3:
+ Kiểm tra khí cụ Nance trước khi lắp trên người bệnh: kiểm tra chất lượng mối hàn nối giữa cung dây thép và mặt trong band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và phần nhựa acrylic tựa trên niêm mạc vòm miệng phía trước.
+ Lắp khí cụ Nance trên người bệnh:
 Thử độ khít sát của khí cụ trên miệng người bệnh.
 Làm sạch, cách ly, thổi khô các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
 Dùng vật liệu xi măng gắn khí cụ Nance.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

cdxlv
Trong quá trình điều trị: Sang thương niêm mạc vòm miệng do phần nền nhựa ép vào niêm mạc vòm miệng hoặc do đứt gãy khí cụ: thay khí cụ Nance khác và điều trị sang thương niêm mạc miệng.

SỬ DỤNG CUNG NGANG VÕM KHẨU CÁI (TPA) LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nắn chỉnh răng sử dụng khí cụ cố định TPA là kỹ thuật nắn chỉnh các răng có sử dụng khí cụ TPA làm neo chặn. Khí cụ TPA hay còn gọi là cung ngang vòm khẩu cái có cấu tạo gồm một cung dây thép có đường kính 0,9mm, nối hai răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và đi ngang qua vòm miệng. Ở giữa vòm miệng cung thép được bẻ tạo thành một lúp có hình omega.
- Có hai loại cung ngang vòm khẩu cái-TPA: cung gắn chặt và cung tháo lắp. Cung tháo lắp được chế tạo sẵn, cung gắn chặt được chế tạo riêng cho từng người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

+ Neo chặn trung bình trong các trường hợp đóng khoảng.
+ Kết hợp với khí cụ Headgear để tạo được neo chặn tối đa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Viêm quanh răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2. Phương tiện

- Các Band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
- Cây ấn band.
- Kìm tháo band.
- Thìa lấy khuôn.
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Cung ngang vòm khẩu cái.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim cephalometry, Phim Panorama.
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.
- Mẫu hàm thạch cao.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Lần khám thứ nhất chuẩn bị cho đặt band:

Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên .

3.2. Lần khám thứ hai:

- Thử và đặt các band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Nếu dùng khí cụ TPA tháo lắp thì mặt trong của band phải có rãnh để lắp khí cụ TPA.
- Lấy dấu hàm trên bằng vật liệu lấy dấu thông thường.

- Gỡ các band và đặt các band vào phần lấy dấu hàm trên.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.
- Trường hợp dùng khí cụ TPA gắn chặt:
- Gỡ mẫu, thiết kế trên mẫu thạch cao và ghi hướng dẫn trên phiếu để chuyển Labo làm khí cụ TPA.
- Làm khí cụ TPA tại Labo.

3.3. Lần khám thứ 3:

- Kiểm tra khí cụ TPA trước khi lắp trên người bệnh: Nếu dùng khí cụ TPA gắn chặt, kiểm tra chất lượng mối hàn nối giữa cung dây thép và mặt trong band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và phần lúp phía trước ngang qua vòm miệng. Nếu dùng khí cụ TPA tháo lắp, chọn và thử trên mẫu hàm thạch cao.
- Lắp khí cụ TPA trên người bệnh:

+ Thử độ khít sát của khí cụ trên miệng người bệnh.
+ Làm sạch, cách ly, thổi khô các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên .
+ Dùng vật liệu xi măng gắn khí cụ TPA.

3.4. Các lần hẹn tiếp theo: Kiểm tra cung TPA kết hợp với các thủ thuật điều trị nắn chỉnh răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị: Sang thương niêm mạc miệng do đứt gãy khí cụ, hoặc do phần lúp omega ép vào niêm mạc vòm miệng: thay cung TPA khác và điều trị sang thương niêm mạc miệng.

SỬ DỤNG CUNG LƯỠI LÀM NEO CHẶN TRONG ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cung lưỡi là khí cụ hỗ trợ trong điều trị nắn chỉnh răng dùng làm neo chặn. Cung lưỡi cấu tạo gồm một cung dây thép đường kính 0.9mm nối 2 band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới để cố định hoặc di chuyển các răng theo kế hoạch.
- Có hai loại cung lưỡi: cung gắn chặt với các band và cung tháo lắp. Cung tháo lắp là khí cụ được chế tạo sẵn, cung gắn chặt được chế tạo riêng cho từng người bệnh.

II.CHỈ ĐỊNH

- Neo chặn trung bình trong các trường hợp đóng khoảng.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Viêm quanh răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Các Band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
- Cây ấn band.
- Kìm tháo band.
- Thìa lấy khuôn
- Cung lưỡi.
- Các vật liệu thông thường trong nắn chỉnh răng.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Các phim Panorama và Cephalometry.
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.
- Mẫu hàm thạch cao.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Lấy dấu hai hàm
- Đổ mẫu thạch cao cứng.
- Đặt chun tách khe phía gần, phía xa các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
- Hẹn người bệnh đến điều trị tiếp sau một vài ngày.

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Lấy các chun tách khe ra khỏi cung răng.

- Đặt các band vào các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
- Lấy dấu hàm bằng vật liệu lấy dấu thông thường.
- Gỡ các band và đặt các band vào vị trí tương ứng trên dấu hàm.
- Đặt lại chun tách khe các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.
- Gỡ mẫu.
- Thiết kế cung lưỡi trên mẫu thạch cao và ghi phiếu hướng dẫn chuyển đến Labo để làm cung lưỡi loại gắn chặt.
- Nếu dùng cung lưỡi có sẵn thì các band phải có ống ở mặt trong để lắp cung lưỡi và phải chọn kích thước phù hợp với cung răng của người bệnh.

3.3. Lần hẹn thứ 3:
- Lấy bỏ chun tách khe.
- Thử cung lưỡi:
 + Đặt cung lưỡi vào các vị trí tương ứng trên cung răng.
 + Kiểm tra độ khít sát của khí cụ trên miệng người bệnh.
 + Chỉnh sửa cung lưỡi nếu cần.
- Lắp cung lưỡi:
 + Làm sạch, cách ly, thổi khô các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
 + Dùng vật liệu xi măng đặt vào mặt trong các band.
 + Gắn cung lưỡi cố định vào hàm răng.
 + Lấy bỏ chất gắn thừa.

3.4. Các lần điều trị tiếp theo:
- Kiểm tra cung lưỡi kết hợp với các thủ thuật điều trị nắn chỉnh răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị: Sang thương niêm mạc miệng do đứt gãy khí cụ: thay cung lưỡi khác và điều trị sang thương niêm mạc miệng.

NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG NEO CHẶN BẰNG MICROIMPLANT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dịch chuyển các răng có sử dụng Microimplant để làm neo chặn.
- Microimplant được chế tạo từ hợp kim Titan, đường kính 1.2mm – 2.0mm và chiều dài 6mm, 8mm và 10mm.
- Có hai hệ thống: hệ thống tự bắt vít và hệ thống cần có khoan định hướng. Trong bài này chỉ đề cập đến hệ thống tự bắt vít.

II.CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp cần có neo chặn tuyệt đối:
+ Đóng khoảng răng.
+ Làm lún răng.
+ Làm trồi răng.
+ Xoay răng
+ Điều chỉnh trục của răng
+ Các trường hợp dịch chuyển răng khác

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh viêm quanh răng.
- Người bệnh có các bệnh về máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ đặt Microimplant:
- Bơm, kim tiêm gây tê.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Panorama, phim tại chỗ.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện

1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ: gây tê dưới niêm mạc vùng đặt Microimplant với liều lượng ¼ ống thuốc tê.

2. Đặt Microimplant

- Xác định vị trí đặt Microimplant trên phim Xquang Panorama và phim tại chỗ.
- Xác định vị trí đặt Microimplant trên miệng.
- Sát khuẩn vùng đặt Microimplant.
- Dùng tuốc nơ vít phù hợp lấy Microimplant .

- Đặt Microimplant vào vị trí đã định tạo một góc 90 độ với niêm mạc nếu đặt thẳng góc, hoặc 30-60 độ nếu đặt chếch.
- Xoay tuốc nơ vít theo chiều kim đồng hồ để đưa Microimplant vào sâu trong xương hàm cho hết chiều dài làm việc.

3. Kiểm tra :

- Chụp phim Xquang tại chỗ để kiểm tra vị trí và liên quan với các chân răng lân cận.

4. Đặt lực tác động :

- Sử dụng Microimplant làm neo chặn để dịch chuyển các răng theo kế hoạch điều trị.
- Điều chỉnh lực theo các lần hẹn điều trị định kỳ.

5. Kết thúc điều trị :

- Tháo Microimplant khi đạt được mục tiêu điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi đặt Microimplant

- Gãy Microimplant: lấy ra và đặt lại.
- Sang chấn chân răng lân cận:

+Tháo ra và đặt lại.

+ Theo dõi và có thể điều trị tủy..

2. Sau khi đặt Microimplant

- Nhiễm trùng tại chỗ: Lấy ra, xử trí nhiễm trùng và đặt lại

NẮN CHỈNH RĂNG XOAY SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị răng xoay trục trở lại đúng trục giải phẫu bằng khí cụ cố định trong nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng xoay trục.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng bị dính khớp (ankylosis).
- Có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Dây cung 0.012 NiTi; 0.014 NiTi, dây cung 0.018; 0.016x0.022; 0.017x0.025 SS các loại….
- Lò xo đẩy, chun đơn, chun chuỗi, dây thép buộc….
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

Phim Panorama và Cephalomatric.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1 Sửa soạn cho gắn mắc cài

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn có chỉ định đặt band.

3.2 Gắn band và mắc cài.

- Gắn band.
- Gắn mắc cài cho các răng trên cung hàm: Thực hiện quy trình gắn mắc cài.
- Trường hợp răng xoay thiếu khoảng thì chờ khi đã tạo đủ khoảng thì gắn mắc cài cho răng xoay.

- Đặt dây cung phù hợp.
- Cố định dây cung bằng chun tại chỗ hoặc dây thép.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo:

Thường cách nhau 4-6 tuần.

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng xoay.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng mô quanh răng của răng xoay và mức độ lung lay răng.
- Thay dây cung cho phù hợp.
- Điều chỉnh lực xoay cho phù hợp.

3.4. Điều trị duy trì:

- Khi răng xoay đã được điều chỉnh về đúng trục giải phẫu thì cố định bằng dây cung kích thước lớn trong thời gian 3-6 tháng.

3.5. Kết thúc điều trị:

- Tháo dây cung.
- Tháo mắc cài.
- Tháo band.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Lung lay răng xoay quá mức: Điều chỉnh lại lực xoay.
- Sang thương niêm mạc má do dây cung: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung.

2. Sau điều trị

Răng xoay chết tủy: Điều trị tủy.

NẮN CHỈNH RĂNG MỌC NGẦM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị các răng đã đến tuổi mọc nhưng còn ngầm trong xương. Khi chân răng đã hình thành được 2/3 mà răng vẫn chưa mọc thì được coi là răng ngầm
- Răng mọc ngầm có thể do các nguyên nhân sau:
+ Có yếu tố cản trở răng mọc như u răng, nang răng, lợi xơ dày...
+ Không có chỗ cho răng mọc lên...

II. CHỈ ĐỊNH

Các răng ngầm trong xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các răng ngầm dị dạng
- Các răng ngầm mọc theo hướng không thuận lợi như mọc ngược, trục răng theo hướng ngang...
- Bệnh toàn thân đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2. Phương tiện

- Ghế nha khoa
- Bộ khám
- Dụng cụ và vật liệu nắn chỉnh răng cố định: mắc cài, band, dây cung...

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Các phim Xquang: Conbeam, Cephalo, Panorama...
- Mẫu hàm, ảnh chụp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Bước1: Nắn chỉnh làm đều và sắp thẳng các răng trên cung hàm:
- Gắn mắc cài trên tất cả các răng vĩnh viễn, và band trên răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai.
- Làm đều và sắp thẳng các răng trên cung hàm bằng dây Niti tiết diện tròn, vuông, chữ nhật.

3.2. Bước 2: Tạo khoảng trên cung răng cho răng ngầm mọc:
- Đi dây thép chữ nhật kích thước 0.016 X 0.022 inch .
- Tạo khoảng cho răng ngầm mọc bằng lò xo đẩy.
- Tăng chiều rộng khoảng cho răng ngầm mọc: Lò xo được thay dần cho đến khi kích thước vùng được tạo khoảng lớn hơn kích thước của răng ngầm 2mm

3.3. Bước 3: Phẫu thuật bộc lộ răng ngầm và gắn mắc cài hoặc button

- Phẫu thuật bộc lộ thân răng ngầm.
- Tạo kết nối với răng ngầm:
+Gắn mắc cài hoặc button vào thân răng ngầm, xoắn chỉ thép quanh mắc cài và để đầu chỉ thép lộ ra phía ngoài vạt lợi.
+Trường hợp đặc biệt, có thể dùng mũi khoan tạo lỗ gần rìa cắn thân răng ngầm, buộc chỉ thép xuyên qua lỗ trên thân răng và để đầu chỉ thép lộ ra phía ngoài vạt lợi.
3.4. Bước 4: Di chuyển răng ngầm về cung răng
- Dùng chun tạo lực một đầu kết nối vào răng ngầm qua chỉ thép, một đầu kết nối vào dây cung.
Lưu ý: Hướng buộc chun tuỳ thuộc vào hướng mọc của răng ngầm, sao cho răng ngầm được di chuyển hướng vào vùng đã tạo khoảng.
- Gắn lại mắc cài đúng vị trí, khi thân răng đã được lộ,
- Đưa thân răng ngầm về vị trí chạm mặt phẳng cắn bằng cách sử dụng kỹ thuật hai dây:
+Dây NiTi tròn, kích thước nhỏ 0.012 hoặc 0.014 để tiếp tục dịch chuyển răng
+Dây SS kích thước lớn, tiết diện chữ nhật đi qua các răng còn lại để cố định các răng trên cung hàm và giữ khoảng.
+Dùng một dây cung thay thế hai dây khi răng đã tiến về sát cung hàm:
+Đi dây NiTi qua toàn bộ hàm răng,
+Thay dần dây từ tiết diện nhỏ đến lớn để làm đều răng ngầm đã được kéo ra.
3.5. Bước 5: Điều trị duy trì
- Dùng dây thép chữ nhật cố định cung răng, thường trong thời gian 5-7 tháng.
3.6. Bước 6: Kết thúc điều trị
- Tháo dây cung, mắc cài, band.
- Làm sạch bề mặt thân răng.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tiêu chân răng các răng bên cạnh do sang chấn: điều chỉnh hướng kéo cho phù hợp.

NẮN CHỈNH RĂNG LẠC CHỖ SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị các rối loạn mọc răng lạc chỗ, đưa răng về đúng vị trí giải phẫu trên cung hàm.

II .CHỈ ĐỊNH

Răng lạc chỗ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chân răng dị dạng không di chuyển được.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng bị dính khớp (ankylosis).
- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Dây cung đàn hồi với các kích thước khác nhau.
- Dây cung kích thước lớn SS hoặc TMA.
- Lò xo tạo chỗ, chun đơn, chun chuỗi, dây thép buộc….
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometry đánh giá tình trạng răng, chân răng.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1 Sửa soạn gắn khí cụ.

- Lấy dấu hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn có chỉ định đặt band.

3.2 Gắn khí cụ

- Gắn band.
- Gắn mắc cài cho các răng trên cung hàm.
- Chọn, đặt và cố định dây cung trên các mắc cài và các ống band.

3.3 Điều trị tạo khoảng

-Thay các dây cung đàn hồi với kích thước lớn hơn để làm đều và sắp thẳng các răng.
-Tạo khoảng cho răng mọc lạc chỗ với dây cung thiết diện lớn SS hoặc TMA và lò Xo đẩy.
3.4 Đưa răng lạc chỗ về vị trí đúng trên cung hàm:
- Đánh giá khoảng răng được tạo.
- Tác động lực đưa răng về vị trí:
+ Cố định dây cung vào mắc cài trên răng lạc chỗ.
+ Có thể tăng cường các lực kéo khác để di chuyển răng lạc chỗ như chun, lò xo…
+ Sử dụng kỹ thuật hai dây nếu cần.
- Thay các dây đàn hồi có kích thước lớn dần ở các lần điều trị tiếp theo để dựng trục và di chuyển tiếp răng lạc chỗ.
3.5. Điều trị duy trì:
- Ngừng tác động lực và điều trị duy trì khi răng lạc chỗ đã được đưa về vị trí đúng trên cung, cố định bằng dây cung SS hoặc TMA kích thước lớn trong thời gian 3-6 tháng.
3.6. Kết thúc điều trị:
- Khi răng lạc chỗ đã ổn định ở vị trí mới thì kết thúc điều trị.
- Tháo bỏ dây cung, mắc cài và band.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Lung lay răng lạc chỗ quá mức: Điều chỉnh lại lực tác động hoặc tháo dây cung.
- Sang thương niêm mạc má do dây cung: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung.

2. Sau điều trị

Răng mọc lạc chỗ chết tủy: Điều trị tủy

QUY TRÌNH GIỮ KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH CUNG NGANG KHẨU CÁI (TPA)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giữ khoảng răng là kỹ thuật giữ và duy trì khoảng do các răng hàm sữa thứ 2 hàm trên mất sớm mà các răng vĩnh viễn tương ứng chưa mọc để dự phòng xô lệch răng.
- Khí cụ cố định cung ngang khẩu cái (TPA) bao gồm 1 cung ngang khẩu cái được hàn chặt hoặc có khớp nối với 2 band răng hàm lớn thứ nhất hàm trên, nhằm hạn chế sự dịch chuyển về phía gần của 2 răng này.

II. CHỈ ĐỊNH

Khoảng do mất sớm các răng hàm sữa 1 hoặc 2 bên hàm trên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chưa mọc đủ 2 răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên
- Hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên đã mọc nhưng chưa đủ chiều cao thân răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm măt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng,
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ dụng cụ gắn TPA: cây ấn band, kìm tháo band, kìm Weingart
- TPA chế tạo sẵn hoặc được làm ở labo và Band răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên….

2.2Vật liệu

- Mẫu hàm thạch cao cứng
- Xi măng gắn…

3. Người bệnh

- Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị
- Đặt chun tách kẽ giữa răng hàm sữa thứ 2 và răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

Có thể áp dụng 1 trong 2 quy trình dưới đây:

1. Quy trình giữ khoảng sử dụng TPA chế tạo sẵn
 - Chọn, thử band có ống lắp TPA
 - Chọn, thử TPA trên mẫu hàm thạch cao của người bệnh.
 - Thử band và TPA trên miệng người bệnh sao cho band khít và cung TPA cách đều vòm miệng ít nhất 2-3mm.
 - Lấy band và TPA ra khỏi miệng.
 - Gắn band và TPA:

+ Cách ly và làm khô vùng răng gắn
+ Đặt band có xi măng gắn vào răng đã chuẩn bị
+ Dùng cây ấn band điều chỉnh band về đúng vị trí và kiểm tra khớp cắn.
+ Cố định band cho đến khi xi măng đông cứng
+ Lấy chất gắn thừa (nếu có)
+ Lắp TPA vào 2 band đã gắn.
2. Quy trình giữ khoảng sử dụng TPA cá nhân
Lần hẹn thứ nhất:
+ Chọn và thử band trên mẫu thạch cao cứng của người bệnh
+ Thử band trên miệng người bệnh
+ Lấy dấu đã đặt các band vào răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất trên miệng người bệnh
+ Lấy band ra khỏi răng người bệnh và đặt vào đúng vị trí trên dấu
+ Đổ mẫu bằng thạch cao cứng
+ Chuyển mẫu tới labo để chế tạo TPA
+ Đặt lại chun tách kẽ cho người bệnh
Lần hẹn thứ 2:
- Kiểm tra lại phức hợp band-TPA đáp ứng đúng tiêu chuẩn
- Thử band và TPA trên miệng người bệnh sao cho band khít và cung TPA cách đều vòm miệng ít nhất 2-3mm
- Tháo band và TPA ra khỏi miệng
- Làm sạch răng
- Cách ly và làm khô vùng răng gắn
- Gắn phức hợp band –TPA:
+Đặt phức hợp band -TPA vào các răng đã chuẩn bị
+ Dùng cây ấn band điều chỉnh phức hợp band-TPA
+ Kiểm tra khớp cắn
+ Cố định phức hợp band – TPA cho đến khi xi măng đông cứng
+ Lấy chất gắn thừa

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau khi gắn và trong quá trình điều trị
- Sang thương niêm mạc vòm miệng do lún hoặc gãy cung TPA: tháo bỏ phức hợp band-TPA, đợi lành thương rồi tiến hành gắn lại.
- Viêm quanh răng các răng gắn band do lún band: tháo band và điều trị viêm quanh răng. Sau khi liền thương và gắn lại

QUY TRÌNH GIỮ KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH L.A

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giữ khoảng răng là kỹ thuật giữ và duy trì khoảng do các răng hàm sữa thứ 2 hàm trên mất sớm mà các răng vĩnh viễn tương ứng chưa mọc để dự phòng xô lệch răng.
- Khí cụ cố định LA bao gồm 1 cung lưỡi được hàn chặt hoặc có khớp nối với 2 band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới, nhằm hạn chế sự dịch chuyển về phía gần của 2 răng này.

II. CHỈ ĐỊNH

Khoảng do mất sớm các răng hàm sữa 1 hoặc 2 bên hàm dưới

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Viêm quanh răng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng:khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng cố định (kìm tháo band và cây ấn band)…

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Band.
- Vật liệu gắn band.
- Khí cụ LA

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim sọ nghiêng cephalometry, Phim Panorama đánh giá tình trạng lệch lạc răng…
- Ảnh chụp ngoài mặt và trong miệng.
- Mẫu hàm thạch cao.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Lần khám thứ nhất chuẩn bị cho đặt band:

Đặt chun tách khe phía gần, phía xa răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.

3.2. Lần khám thứ hai:

- Chọn band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới phù hợp với kích thước răng trên mẫu hàm thạch cao.

- Thử các band trên miệng người bệnh, đảm bảo band sát khít với răng.
- Đặt band vào các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới .
- Lấy dấu hàm dưới bằng vật liệu lấy dấu thông thường.
- Gỡ band và đặt band vào phần lấy dấu hàm dưới.
- Đổ mẫu bằng vật liệu thạch cao đá.
- Gỡ mẫu, vẽ thiết kế trên mẫu thạch cao và ghi hướng dẫn trên phiếu để chuyển đến Labo làm khí cụ LA.

3.3. Lần khám thứ 3:

- Kiểm tra khí cụ LA trước khi lắp trên người bệnh: kiểm tra chất lượng mối hàn nối giữa cung dây thép và mặt trong band răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới
- Lắp khí cụ LA trên người bệnh:

+ Thử độ khít sát của khí cụ trên miệng người bệnh.
+ Làm sạch, cách ly, thổi khô các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới.
+ Dùng vật liệu xi măng gắn khí cụ LA.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc vòm miệng do đứt gãy khí cụ: thay khí cụ LA khác và điều trị sang thương niêm mạc miệng.

KỸ THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật làm trồi răng để có đủ chiều cao thân răng làm phục hình răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng bị tổn thương mất thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng nhiều chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: kìm bẻ hook, kìm luồn dây, cây kẹp mắc cài, cây ấn dây cung, thước đo lực, bút đánh dấu.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Mũi khoan trụ….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Chun chuỗi, dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
- Dây cung 0.017x0.025 SS hoặc dây 0.019x0.025 TMA.

3. Người bệnh

- Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Răng cần can thiệp làm dài thân răng đã được điều trị tủy tốt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang cận chóp đánh giá tình trạng chân răng điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Sửa soạn cho gắn mắc cài

- Lấy dấu cung răng.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn cần gắn band nếu dùng band.

3.2 Gắn band và mắc cài.

- Gắn mắc cài vào các răng đã lựa chọn, kế bên răng cần kéo trồi.
- Chọn dây cung phù hợp choviệc bẻ loop.
- Bẻ loop trên dây cung đã đánh dấu.
- Đặt dây cung thụ động vào ống band và rãnh mắc cài.
- Cố định dây cung bằng chun tại chỗ hoặc dây thép.
- Làm hook kéo răng: bẻ hook, dùng mũi khoan lấy các chất hàn trong ống tủy, gắn cố định hook vào ống tủy bằng cement.

- Dùng chun chuỗi nối từ móc của răng cần kéo tới loop trên dây cung. Lực kéo khoảng 35-60 g.
2. Các lần điều trị tiếp theo:
Thường cách nhau 1 tuần.
- Kiểm tra sự di chuyển của răng cần làm trồi.Yêu cầu mỗi tuần răng di chuyển được khoảng 1mm.
- Thay chun kéo chân răng.
- Điều chỉnh lực kéo nếu cần.
3.4. Điều trị duy trì.
- Khi đã đạt được mức làm trồi răng mong muốn, dừng tác động lực kéo và duy trì kết quả 3-6 tuần:
Cố định răng bằng dây Ligature với hook và dây cung chính đảm bảo tình trạng thụ động.
3.5 Kết thúc điều trị
- Tháo khí cụ.
- Chuyển người bệnh làm phục hình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc má do đầu dây cung dài: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.

KỸ THUẬT DÁN MẮC CÀI TRỰC TIẾP SỬ DỤNG ĐÈN QUANG TRÙNG HỢP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt và cố định khí cụ lên bề mặt ngòai các răng bằng phương pháp gắn trực tiếp với sự hỗ trợ của đèn quang trùng hợp, để có thể dịch chuyển răng theo ý muốn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Lệch lạc răng có chỉ định sử dụng mắc cài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.
- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế răng.
- Bộ khay khám …
- Bộ dụng cụ gắn mắc cài
- Đèn quang trùng hợp.
- Chổi đánh bóng

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Banh miệng, bông gòn.
- Bộ mắc cài
- Bộ vật liệu chất gắn mắc cài quang trùng hợp.
- Chất đánh bóng…

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng lệch lạc răng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Lấy dấu và đổ mẫu hai hàm

- Lấy dấu hai hàm.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.

3.2. Sửa soạn răng để gắn mắc cài

- Làm sạch bề mặt các răng cần gắn mắc cài.
- Cô lập các răng gắn mắc cài.
- Étching bề mặt các răng tại vị trí dán mắc cài:
- Rửa sạch chất etching.

- Thổi khô
- Bôi keo dán lền bề mặt các răng tại vị trí vừa được etching
3.3. Đặt và gắn mắc cài lên bề mặt răng
- Đặt mắc cài đã có keo dán ở đế lên vị trí gắn.
- Chỉnh sửa mắc cài đúng vị trí.
- Lấy bỏ chất gắn thừa xung quanh đế mắc cài.
- Chiếu đèn quang trùng hợp
3.4. Kết thúc quy trình gắn mắc cài và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị
Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

QUY TRÌNH GẮN MẮC CÀI MẶT NGOÀI BẰNG KỸ THUẬT GẮN GIÁN TIẾP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật đặt và cố định khí cụ lên bề mặt ngòai các răng bằng phương pháp gắn gián tiếp để có thể dịch chuyển răng theo ý muốn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.
- Gắn gián tiếp là kỹ thuật gắn chính xác, giảm thời gian trên miệng và được thực hiện thông qua khay gắn dựa trên mẫu thạch cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Lệch lạc răng có chỉ định đặt mắc cài mặt ngòai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.
- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

IV . CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Máy ép máng nhựa trong Biostar
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Kéo cắt
- Bộ dụng cụ gắn mắc cài: kẹp, thước….

2.2 Vật liệu

- Bộ mắc cài mặt ngoài
- Hồ dán
- Hệ thống keo dán mắc cài hóa trùng hợp
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng lệch lạc răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Chuẩn bị mẫu thạch cao

- Lấy dấu 2 hàm.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
- Thiết kế và xác định vị trí đặt mắc cài trên mẫu thạch cao.

3.2 Ép máng dính mắc cài.

Thực hiện tại Labo theo chỉ định.

3.3 Gắn mắc cài trên miệng.

- Làm sạch răng.
- Cách ly và cô lập các răng gắn mắc cài.

- Sửa soạn bề mặt các răng vùng gắn mắc cài:
+ Etching bề mặt men răng vùng định gắn mắc cài với acid phosphoric 35% trong 30 giây.
+ Rửa sạch.
+ Thổi khô bề mặt men đã xoi mòn.
+ Bôi keo dán lên bề mặt men răng đã xử lý.
- Gắn mắc cài vào mặt ngòai các răng:
+ Phủ keo vào đế các mắc cài trong các khay gắn phân đoạn.
+ Gắn phân đoạn thứ nhất:
 Đặt từng phân đoạn có các mắc cài đã sửa soạn vào các mặt răng tương ứng.
 Ép nhẹ ngón tay lên mặt trong các răng tương ứng phân đoạn khay mắc cài (ngón cái đặt trên khay chỗ rìa cắn, các ngón khác tì vào mặt trong răng) và giữ khay trong thời gian khoảng 4 phút.
 Tháo khay bằng cách dùng mũi khoan chia cắt khay ở vùng kẽ răng cho từng răng và gỡ khay từ phía lợi lên phía rìa cắn.
+ Gắn các phân đoạn còn lại: Lặp lại quy trình trên.
- Kết thúc quy trình gắn mắc cài và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

2. Sau quá trình điều trị

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

SỬ DỤNG MẮC CÀI TỰ BUỘC TRONG NẮN CHỈNH RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị các rối loạn lệch lạc răng có sử dụng mắc cài tự buộc.
- Mắc cài tự buộc có ưu điểm là tự giữ dây cung trong rãnh mắc cài mà không cần dây buộc, sinh lực ma sát thấp.

II. CHỈ ĐỊNH

Các rối loạn lệch lạc răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với vật liệu mắc cài, dây cung kim loại.
- Có tình trạng nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: các loại kìm , cây kẹp mắc cài, cây ấn dây cung, thước đo vị trí gắn mắc cài, banh miệng
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Dụng cụ làm sạch răng: chổi và chất đánh bóng.
- Đèn quang trùng hợp….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn band và mắc cài: Xi măng, composite.
- Bộ mắc cài tự buộc.
- Band hoặc ống cho các răng hàm lớn
- Các loại dây cung kim loại NiTi, SS, TMA với các kích thước: .012; .013; .014; .016 ; .014x.025; .016x.022; .016x.025; .017x.025; .018x.025; .019x .025
- Lò so đẩy, kéo …

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Panorama, Cephalometric....

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Sửa soạn cho gắn mắc cài

- Lấy dấu cung răng hai hàm.
- Đổ các mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn cần gắn band nếu dùng band.

3.2. Gắn band và mắc cài.

- Lấy chun tách kẽ.
- Làm sạch răng bằng chổi và chất đánh bóng.
- Gắn band hoặc gắn ống cho các răng hàm lớn.
- Gắn mắc cài tự buộc cho các răng.
- Đặt dây cung vào rãnh mắc cài.Tùy theo tình trạng răng (răng xoay, răng chen chúc) và giai đoạn điều trị mà sử dụng các loại dây khác nhau cho phù hợp:

3.2.1 Giai đoạn xếp thẳng răng:

- Giai đoạn đầu: Sử dụng dây Niti hoặc Cu-Niti có thiết diện tròn, lực nhẹ: .012 hoặc .013 hoặc .014.

Hẹn người bệnh tái khám sau 8-10 tuần một lần.

Thay dây kích thước lớn hơn sau 2- 5 tháng .

- Giai đoạn hoàn thiện xếp thẳng răng: Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật.014x.025 Cu-NiTi hoặc .016x.022 NiTi để điều chỉnh độ nghiêng ngoài – trong của răng.

Hẹn người bệnh tái khám sau 8 tuần một lần.

Thay dây kích thước lớn hơn sau 2,5- 5 tháng .

3.2.2 Giai đoạn chỉnh tương quan răng hàm lớn và đóng khoảng.

Thường kéo dài 6-7 tháng.

- Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật .018x.025 Cu-NiTi hoặc .017x.025 SS.

Hẹn người bệnh tái khám sau 4-6 tuần một lần.

- Kết hợp sử dụng chun chuỗi hoặc lò xo đóng khoảng.
- Kết hợp sử dụng chun liên hàm chỉnh tương quan răng chiều trước – sau, chiều đứng.

3.2.3 Giai đoạn hoàn thiện.

Thường kéo dài 2-2,5 tháng.

- Sử dụng dây có thiết diện chữ nhật .019x.025 SS hoặc TMA.

3.3. Kết thúc điều trị:

- Tháo mắc cài, band hoặc các ống răng hàm lớn.
- Làm sạch răng.
- Lấy dấu hai hàm.
- Làm hàm duy trì và hướng dẫn người bệnh sử dụng hàm duy trì.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc má do đầu dây cung dài: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.

KỸ THUẬT LÀM LÚN CÁC RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG DÂY CUNG BẺ LOOP L HOẶC DÂY CUNG ĐẢO NGƯỢC ĐƯỜNG CONG SPEE CÓ BẺ LOOP

I.ĐẠI CƯƠNG

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm lún các răng cửa hàm dưới.
- Để làm trồi các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng dây cung bẻ loop L

II. CHỈ ĐỊNH

Độ cắn trùm lớn , răng cửa giữa HT ngả trước nhiều (góc răng cửa HT với mặt phẳng HT nhỏ hơn 70 độ)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: các loại kìm bẻ dây cung, thìa lấy dấu, bút đánh dấu …
- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao
+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
+ Dây cung 0.016 ,0.018, 0.020 SS HT.
+ Dây cung 0.014, 0.016, 0.018 Niti HD
+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.

3. Người bệnh

- Người bệnh (hoặc phụ huynh) đã được giải thích về kế hoạch điều trị.
- Các răng cửa HD đã kết thúc giai đoạn xếp thẳng hàng.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalomatric.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Tháo dây cung
- Lấy dấu răng HD cho BN. Đổ mẫu thạch cao đá.
- Trên mẫu thạch cao: thực hiện các bước sau :

+ Bẻ dây cung tạo loop L trên mẫu thạch cao.Loop L nằm phía xa của răng cửa bên HD
+ Hoặc dùng dây cung đảo ngược đường cong Spee (loại dây có sẵn hoặc phải bẻ dây) bẻ loop L trên mẫu thạch cao.Loop L nằm phía xa của răng cửa bên HD

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Tháo dây cung ra khỏi mắc cài và ống band các răng hàm lớn thứ nhất HD.
- Lắp dây cung đã bẻ loop L(hoặc dây cung đảo ngược đường cong Spee có loop L) vào ống band răng hàm lớn thứ nhất HD và các rãnh mắc cài các răng cửa HD.
- Chỉnh sửa dây cung nếu cần thiết.
- Cố định dây cung có loop L(hoặc dây cung đảo ngược đường cong Spee có loop L) vào mắc cài các răng cửa bằng dây chun hoặc dây thép
- Lực yêu cầu khoảng 75gr
* Chú ý:
- Dây cung có loop L hoặc dây cung đảo ngược đường cong Spee cóloop L ,sau khi lắp vào ống band răng hàm lớn thứ nhất HD phải nằm thấp hơn rãnh mắc cài các răng cửa vài mm (tùy thuộc vào yêu cầu làm lún răng bao nhiêu mm).
- Kỹ thuật thường gây nên các tác dụng : Làm trồi các răng hàm nhỏ HD; nghiêng xa các răng hàm lớn HD , ngả môi các răng cửa HD
3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 4 tuần)
- Kiểm tra lực của dây chun, điều chỉnh lực nếu cần.
- Thay dây nếu cần.
3.4. Kết thúc điều trị
- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm lún răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.
- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng cửa đang làm lún: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm trồi răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do lún band, gãy khí cụ:
+ Tháo khí cụ
+ Điều trị sang thương

KỸ THUẬT LÀM LÚN CÁC RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG DÂY CUNG TIỆN ÍCH (UTILITY ARCHWIRE) VÀ CUNG PHỤ LÀM LÚN RĂNG CỬA

I.ĐẠI CƯƠNG

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm lún các răng cửa hàm dưới.
- Để làm lún các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng cung tiện ích (utility arch) , cung phụ làm lún phía trước .

II. CHỈ ĐỊNH

- Độ cắn trùm lớn , răng cửa giữa hàm trên ngả trước nhiều (góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên nhỏ hơn 70 độ)
- Hàm răng hỗn hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: các loại kìm bẻ dây cung, thìa lấy dấu , bút đánh dấu …
- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao
+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
+ Dây cung 0.016x0.016 , 0.016 x 0. 022 SS hoặc TMA HT.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalomatric.

4. Người bệnh

- Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Các răng cửa hàm dưới đã kết thúc giai đoạn xếp thẳng hàng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Tháo dây cung
- Lấy dấu răng hàm dưới cho BN. Đổ mẫu thạch cao đá.
- Trên mẫu thạch cao: thực hiện bẻ dây tạo cung tiện ích

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Tháo dây cung
- Lắp dây cung tiện ích vào ống band răng hàm lớn hàm dưới hai bên. Phần phía trước dây cung sẽ nằm ở đáy ngách tiền đình sao cho ,khi nâng dây lên ngang

mức rãnh mắc cài răng cửa, lực đo được là 75gr.
- Chỉnh sửa dây cung nếu cần thiết.
- Cố định dây cung tiện ích bằng chun hoặc dây thép (với mắc cài tự buộc không cần thiết buộc dây chun hoặc dây thép).
* Chú ý
- Kỹ thuật làm lún răng cửa hàm dưới sử dụng dây cung tiện ích thường gây nên các tác dụng nghiêng xa các răng hàm lớn HD , ngả môi các răng cửa hàm dưới.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 4 tuần)
- Kiểm tra lực, điều chỉnh lực nếu cần.
3.4. Kết thúc điều trị
- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm lún răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.
- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng cửa đang làm lún: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm trồi răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do lún band, gãy khí cụ:
+ Tháo khí cụ
+ Điều trị sang thương

KỸ THUẬT LÀM TRỒI RĂNG HÀM NHỎ HÀM DƯỚI SỬ DỤNG KHÍ CỤ GẮN CHẶT

I .ĐẠI CƯƠNG:

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm trồi các răng cửa hàm dưới.
- Để làm trồi các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng khí cụ gắn chặt

II. CHỈ ĐỊNH

Cắn hở theo chiều đứng tại vùng răng hàm nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng bị dính khớp (ankylosed)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: thước đo lực, các loại kìm bẻ dây cung, thìa lấy dấu HD , bút đánh dấu …
- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao
+ Chun hoặc dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
+ Dây cung 0.016 x 0. 022 hoặc 0.017 x 0.025 SS HT.
+ Dây cung 0.014, 0.016, 0.018 Niti HD.

3. Người bệnh

- Người bệnh (hoặc phụ huynh) đã được giải thích về kế hoạch điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalomatric.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất:

- Lấy dấu răng HD cho BN. Đổ mẫu thạch cao đá.
- Trên mẫu thạch cao: thực hiện các bước sau :

+ Xác định răng cần làm trồi, các răng dự định gắn mắc cài trên mẫu (thường gắn răng nanh, răng hàm nhỏ thứ nhất và thứ hai)
+ Xác định và đánh dấu độ cao ống band và rãnh mắc cài các răng trên mẫu bằng bút chì
+ Bẻ dây cung 0.016 x 0.022 SS hoặc 0.017x0.025 SS sao cho khi dây cung đặt vào rãnh mắc cài các răng (trừ răng cần làm trồi) ở tình trạng thụ động.
+ Chọn band cho răng hàm lớn thứ nhất HD bên có răng hàm nhỏ cần làm trồi

- Đặt chun tách kẽ răng hàm lớn thứ nhất HD bên có răng cần làm trồi

3.2. Lần hẹn thứ hai:

- Làm sạch răng bên có răng cần làm trồi .

- Lấy chun tách kẽ
- Thực hiện kỹ thuật dán band cho răng hàm lớn.
- Thực hiện kỹ thuật dán mắc cài cho răng cạnh răng cần làm trồi.
-Thực hiện một trong các cách sau:
- Dùng sợi chun , mắc vào mắc cài răng hàm nhỏ cần làm trồi, rồi buộc vào dây cung chính.(đảm bảo độ căng dây đạt lực 35-60gr).
- Hoặc sử dụng kỹ thuật hai dây: dây cung .016 NiTi được đặt vào rãnh mắc cài của răng hàm cần làm trồi.
* Chú ý:
- Đảm bảo chiều cao ống band và rãnh mắc cài như đã đánh dấu trên mẫu .
- Đặt dây cung đã bẻ sẵn vào rãnh mắc cài đảm bảo dây ở tình trạng thụ động để không làm thay đổi vị trí các răng.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 4 tuần)
dv
- Kiểm tra lực của dây chun (35-60gr), điều chỉnh lực nếu cần.
- Thay dây .016 bằng dây .018 NiTi.
3.4. Kết thúc điều trị
- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm trồi răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Dừng làm trồi răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.
- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng hàm nhỏ đang làm trồi: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm trồi răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do lún band, gãy khí cụ:
+ Tháo khí cụ
+ Điều trị sang thương.

KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG RĂNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I.ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật di chuyển các răng để đóng kín khoảng bằng khí cụ cố định trong điều trị các rối loạn lệch lạc răng.
- Bài này giới thiệu kỹ thuật đóng khoảng sử dụng loop đóng và chun chuỗi.

II. CHỈ ĐỊNH

Còn khoảng trống sau nhổ răng khi đã kết thúc giai đoạn 1 trong điều trị nắn chỉnh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tình trạng nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: Kìm kẹp dây cung, kìm kẹp chun, kìm cắt xa, …
- Bộ dụng cụ đặt vít neo chặn.
- Bơm tiêm, kim tiêm.
- Toan phẫu thuật….

2.2 Vật liệu

+ Lò so kéo các cỡ.
+ Chun chuỗi
+Vít neo chặn và lò xo kéo dùng cho vít neo chặn, hook dài 6-10mm.
+ Thuốc tê
+ Thuốc sát trùng
+ Bông
+ Dây cung SS .016x22 hoặc .017x25….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama, Cephalometric….

4. Người bệnh

- Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Người bệnh đã được điều trị nắn chỉnh răng kết thúc giai đoạn 1 sắp thẳng răng.

V. CÁC BƯƠC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Kéo lùi các răng trước ra sau: Được thực hiện theo hai bước

3.1.1. Bước 1: Kéo lùi răng nanh

- Đặt dây cung chính SS .016 x .022 hoặc .017x .025.

- Cố định và liên kết các răng sau.
- Dùng chun chuỗi (hoặc lò xo có hai móc kéo) mắc từ khối các răng sau vào mắc cài răng nanh để kéo lùi răng nanh.
- Thay chun chuỗi sau 2-3 tuần, hoặc thay lò xo kéo sau 4-6 tuần.
Chú ý luôn đảm bảo lực kéo từ 70-120 gr.
- Khi kéo lùi răng nanh xong, thì chuyển sang bước 2, kéo lùi các răng cửa.
1.2. Bước 2- Kéo lùi khối răng cửa bằng loop đóng
- Cố định và liên kết răng nanh với các răng sau bằng dây ligature.
- Đặt dây SS .016 x.022 hoặc .017x.025 sau khi đã bẻ loop đóng sao cho loop nằm gần vùng răng trước cần kéo lùi..
- Đóng khoảng bằng điều chỉnh loop:
+ Tác dụng loop bằng cách kéo phần dây cung phía sau ống band răng sau, sao cho chân loop mở 1-2mm, rồi bẻ đầu tận của dây xuống tạo góc 30-45độ.
Điều chỉnh loop 4-5 tuần một lần.
3.2. Kéo các răng sau ra trước.
-Thực hiện các bước tương tự như kéo lùi khối răng trước nhưng ngược lại, và thực hiện kéo tiến từng răng. (buộc cố định khối răng trước , kéo từng răng sau ra trước).
3.3. Phối hợp kéo các răng trước ra sau và kéo các răng sau ra trước.
- Thực hiện buộc cố định các răng sau thành một khối và các răng trước thành một khối.
- Kéo 2 khối đóng khoảng bằng chun chuỗi (hoặc lò xo, hoặc loop đóng)
3.4. Kết thúc điều trị:
- Kết thúc giai đoạn đóng khoảng khi khoảng đã được đóng kín.
- Chuyển sang giai đoạn III (giai đoạn hòan thiện) của quá trình điều trị nắn chỉnh răng toàn diện.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc do đầu dây cung dài, do loop, lò xo kéo cọ sát lợi:
+ Chỉnh dây cung nếu dây bị trượt sang một bên hoặc cắt đầu dây cung bị dài.
+ Chỉnh lại loop, lò xo.
+ Điều trị sang thương, nhiễm trùng.

ĐIỀU CHỈNH ĐỘ NGHIÊNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị rối loạn lệch lạc trục của răng bằng khí cụ cố định gắn trong miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trục răng nghiêng vào trong hoặc nghiêng ra ngoài.
- Trục răng nghiêng gần hoặc nghiêng xa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh răng cấp vùng răng cần điều chỉnh.
- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Bộ kìm bẻ dây các loại….

2.2 Vật liệu

- Các vật liệu thông thường trong nắn chỉnh răng, chun các loại.
- Dây cung kim loại thiết diện lớn 17x25, 19x25 hoặc dây TMA, hoặc dây Blue Elgiloy….

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Người bệnh đã được gắn mắc cài điều trị nắn chỉnh răng và đang ở giai đoạn chỉnh chi tiết chuẩn bị kết thúc điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Các phim Panorama và Cephalometry….

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn 1:

- Tháo dây cung ra khỏi mắc cài và các band đã đặt ở giai đoạn điều trị trước.
- Xác định vị trí răng và hướng nghiêng cần điều chỉnh.
- Chọn lựa kỹ thuật điều chỉnh độ nghiêng răng: gắn lại mắc cài hoặc bẻ dây:

+ Điều chỉnh độ nghiêng gần xa bằng cách gắn lại mắc cài:

 Tháo mắc cài ra khỏi răng cần điều chỉnh.

 Đặt và gắn lại mắc cài để chỉnh được độ nghiêng gần – xa.

 Đặt và cố định dây cung Niti đi qua các mắc cài trên cung hàm.

+ Điều chỉnh độ nghiêng gần xa của răng bằng cách bẻ dây:

 Chọn dây cung chữ nhật loại dây kim loại hoặc dây TMA hoặc Blue Elgiloy thiết diện lớn 17x25, 19x25.

 Thử dây cung trên miệng.

 Đánh dấu vị trí bẻ ở phía gần và phía xa của một răng hoặc các răng

cần điều chỉnh bằng bút chì chuyên dụng .
 Bẻ đoạn dây đã đánh dấu tạo thành một đoạn chéo so với mặt phẳng cắn sao cho có tác dụng chỉnh độ nghiêng gần – xa của răng bằng kìm mỏ chim hoặc kìm Tweed bẹt .
 Đặt và cố định dây cung đã bẻ vào các mắc cài trên cung hàm.
+ Điều chỉnh độ nghiêng ngoài trong thân răng bằng cách gắn lại mắc cài chuyên dụng:
 Tháo mắc cài đã được gắn ở giai đoạn điều trị trước ra khỏi răng cần điều chỉnh.
 Chọn mắc cài có độ nghiêng trong ngoài phù hợp.
 Đặt và cố định mắc cài đã chọn lên răng cần điều chỉnh.
 Đặt và cố định dây cung thiết diện lớn lên các mắc cài trên cung hàm.
+ Điều chỉnh độ nghiêng ngoài trong thân răng bằng cách bẻ dây:
 Chọn dây cung: chọn dây chữ nhật loại dây kim loại hoặc dây TMA hoặc Blue Elgiloy thiết diện lớn17x25, 19x25.
 Thử dây cung trên miệng.
 Đánh dấu vị trí bẻ ở phía gần và phía xa của một răng hoặc các răng cần điều chỉnh bằng bút chì chuyên dụng.
 Bẻ dây: Dùng kìm Key Torque điều chỉnh độ nghiêng trong ngoài của dây cho một răng, dùng kìm Tweed điều chỉnh độ nghiêng trong ngoài của dây cho một nhóm răng.
 Đặt dây cung đã điều chỉnh độ nghiêng lên các mắc cài trên cung hàm và cố định dây.
3.2. Các lần hẹn tiếp theo:
- Đánh giá độ nghiêng các răng điều chỉnh.
- Đối với các trường hợp điều chỉnh độ nghiêng bằng gắn lại mắc cài: thay chun cố định, thay dây phù hợp.
- Đối với các trường hợp điều chỉnh độ nghiêng bằng bẻ dây: bẻ điều chỉnh lại dây.
3.3. Điều trị duy trì:
Khi răng đã đạt được độ nghiêng theo kế hoạch điều trị, thì điều trị duy trì bằng cách cố định các răng với dây Ligature trong thời gian tối thiểu 3 tháng.
3.4.Kết thúc điều trị:
- Tháo mắc cài.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị
- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và loại bỏ yếu tố gây sang chấn

KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ khoảng trên cung hàm bằng dịch chuyển các răng với khí cụ tháo lắp trong nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khe thưa trên cung răng.
- Khoảng trống sau mất răng.
- Khoảng trống sau nhổ răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp cắn
- Chun liên hàm.
- Bút chì ….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2.Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ đóng khoảng trên mẫu:

+ Các móc để kéo răng nanh di xa.

+Các móc ở nền hàm phía vòm miệng làm neo chặn kéo răng nanh.

3.2 Làm khí cụ đóng khoảng.

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3. Đặt khí cụ điều trị đóng khoảng

- Kiểm tra khí cụ.

- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
+ Cách tháo lắp và mắc chun kéo.
+ Vệ sinh và bảo quản khí cụ.
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
3.4.Các lần điều trị tiếp theo:
- Hẹn người bệnh khám điều trị định kỳ 2 tuần/lần:
- Đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng và các răng
- Điều chỉnh khí cụ và chun kéo với lực phù hợp.
- Khi răng nanh đã di chuyển về vị trí phía xa, thì lặp lại quy trình di các răng cửa ra sau để đóng khoảng trước răng nanh bằng khí cụ tháo lắp khác.
3.5 Điều trị duy trì.
- Đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng, nếu khoảng đã được đóng kín thì ngừng tác dụng lực
- Đeo duy trì khí cụ trong vòng 3-6 tháng.
3.6 Kết thúc điều trị.
Khi cung răng đã ổn định sau giai đoạn duy trì thì kết thúc điều trị và tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác nếu cần.

KỸ THUẬT NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị các rối loạn hẹp cung răng bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

Cung răng hẹp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hàm hẹp nguyên nhân do xương.
- Người bệnh ở thời kỳ hết giai đoạn tăng trưởng.
- Có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp cắn
- Bút chì ….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric đánh giá tình trạng hẹp cung răng.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp với ốc nong trên mẫu.

3.2 Làm khí cụ nong hàm.

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3. Lắp khí cụ điều trị nong hàm trên miệng

- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:

+ Cách tháo lắp.

+ Vệ sinh và bảo quản khí cụ.

+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
+ Cách điều chỉnh ốc nong.
3.4Các lần điều trị tiếp theo:
- Hẹn người bệnh khám điều trị định kỳ hàng tuần:
+ Theo dõi tình trạng cung răng và hàm.
+ Điều chỉnh khí cụ cho phù hợp.
3.5 Điều trị duy trì.
- Đánh giá tình trạng cung răng và hàm, nếu cung răng và hàm đã được nong đủ rộng thì ngừng tác dụng lực
- Đeo duy trì khí cụ trong vòng 3-6 tháng.
3.6 Kết thúc điều trị.
Khi cung răng đã ổn định sau giai đoạn duy trì thì kết thúc điều trị và tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác nếu cần.

NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới có sử dụng khí cụ tháo lắp, tạo lập khớp cắn loại I bằng đưa hàm dưới ra trước .

II. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ở giai đoạn hết thời kỳ tăng trưởng.
- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Kìm mỏ chim….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp lá.
- Giấy cắn.
- Bút chì vẽ mẫu….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang Panorama, Cephalometry… đánh giá tình trạng lệch lạc xương hàm và răng.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Thiết kế khí cụ.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng thạch cao cứng.
- Lấy khớp sáp ghi tương quan hai hàm khi người bệnh đưa hàm dưới ra trước đạt được tương quan răng nanh là loại I.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu:

+ Hàm Monoblock, hoặc hàm Bionator, hoặc hàm Twinblock.
+ Đặt ốc nong ở phần giữa nền hàm trên nếu hàm hẹp.
+ Móc Adams và cung ngoài cho hàm Monoblock hoặc hàm Bionator.

3.2 Làm khí cụ

- Thực hiện tại Labo theo thiết kế.
3.3 Lắp hàm trên miệng
- Kiểm tra khí cụ tháo lắp.
- Thử và đặt khí cụ trên miệng.
- Chỉnh sửa khí cụ tháo lắp cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ cách sử dụng:
+ Tháo và đeo khí cụ.
+ Vệ sinh và bảo quản.
+ Chỉnh ốc nong hàm nếu có.
+ Thời gian đeo.
3.4 Các lần điều trị tiếp theo.
Hẹn người bệnh tái khám hàng tháng:
- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Kiểm tra tình trạng tương quan hai hàm theo chiều trước sau và theo chiều ngang.
- Tác động khí cụ:
+ Nong hàm,
+ Chỉnh dây cung.
+ Mài chỉnh phần nhựa của khí cụ….
3.5 Điều trị duy trì
- Ngừng tác động lực và điều trị duy trì khi tương quan 2 hàm đã đạt mục tiêu điều trị bao gồm:
+ Khớp cắn răng nanh loại I.
+ Tương quan theo chiều ngang có múi ngòai răng hàm hàm trên trùm ra ngòai răng hàm hàm dưới.
Thời gian duy trì 9-12 tháng.
3.6. Kết thúc điều trị:
- Kết thúc điều trị duy trì khi tương quan 2 hàm đã ổn định.
- Tháo bỏ khí cụ điều trị và chuyển điều trị giai đoạn tiếp theo.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần.
- Rối loạn đau khớp thái dương hàm: Điều trị khớp thái dương hàm và tạm ngừng đeo khí cụ, chỉnh sửa hoặc làm lại hàm khác.

2. Sau điều trị

Rối loạn đau khớp thái dương hàm: Điều trị khớp thái dương hàm.

QUY TRÌNH DUY TRÌ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Duy trì kết quả là một giai đoạn rất quan trọng trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng nhằm tránh tái phát, được thực hiện sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

Khí cụ duy trì tháo lắp có ưu điểm là dễ vệ sinh nhưng đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh trong việc đeo khí cụ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ: kìm tác dụng hàm, thìa lấy dấu…
- Vật liệu: chất lấy dấu, thạch cao đá…

3. Người bệnh

- Được giải thích các vấn đề liên quan tới quy trình điều trị.
- Người bệnh đã được tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3.Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Lần hẹn 1:

- Lấy dấu.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Thiết kế khí cụ duy trì trên mẫu.
- Làm khí cụ duy trì loại tháo lắp tại Labo.

3.2. Lần hẹn 2:

- Kiểm tra khí cụ duy trì theo đúng tiêu chuẩn.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:

+ Cách tháo lắp,
+ Vệ sinh khí cụ,
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.

3.3.Các lần điều trị tiếp theo:

- Hẹn người bệnh khám định kỳ 2-3 tháng/lần:

+ Kiểm tra tình trạng hàm răng xem có tái phát không.
+ Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh nếu cần.

3.4Kết thúc điều trị duy trì:

- Thông thường thời gian điều trị duy trì từ 1-2 năm hoặc lâu hơn.
- Tháo khí cụ và kết thúc quá trình điều trị.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sang thương niêm mạc miệng do gãy khí cụ: điều trị tổn thương, làm lại khí cụ khác.

KỸ THUẬT NẮN CHỈNH RĂNG XOAY SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị răng xoay trục, chỉnh răng trở lại đúng trục giải phẫu bằng khí cụ tháo lắp trong nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng xoay trục.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng bị dính khớp (ankylosis).
- Có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ trên mẫu:

- Lấy dấu hàm răng bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ điều trị răng xoay trên mẫu:

+ Tay gạt đàn hồi hoặc cung trong tại vị trí răng xoay.
+ Nền hàm.
+ Các móc lưu giữ.

3.2. Làm khí cụ điều trị

Thực hiện tại labo theo thiết kế.

3.3. Lắp khí cụ điều trị:

- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.

- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
+ Cách tháo lắp.
+ Vệ sinh khí cụ.
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng: ít nhất 20 h/ngày.
3.4. Các lần điều trị tiếp theo:
Hẹn người bệnh khám và điều trị định kỳ 2-3 tuần/lần.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng xoay của răng điều chỉnh.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng mô quanh răng và mức độ lung lay của răng điều trị.
- Điều chỉnh lực xoay trên khí cụ cho phù hợp.
- Hướng dẫn thêm người bệnh cách vệ sinh răng miệng và sử dụng khí cụ nếu cần.
3.5. Điều trị duy trì:
- Khi răng xoay đã điều chỉnh về đúng trục giải phẫu thì điều trị duy trì kết quả:
+ Chỉnh cánh tay gạt ở vị trí thụ động.
+ Thời gian duy trì 6 -12 tháng.
3.6. Kết thúc điều trị:
Tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Lung lay răng xoay quá mức: Điều chỉnh lại lực xoay.
- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương

2. Sau điều trị

- Răng xoay chết tủy: Điều trị tủy.

GIỮ KHOẢNG RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị giữ khoảng trên cung răng trong thời gian răng vĩnh viễn tương ứng chưa mọc bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng hàm sữa sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ trên mẫu:

- Lấy dấu hàm răng bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ điều trị giữ khoảng trên mẫu:

+ Bộ phận giữ khoảng.
+ Nền hàm.
+Các móc lưu giữ.

3.2. Làm khí cụ điều trị

- Thực hiện tại labo theo thiết kế.

3.3. Lắp khí cụ điều trị:

- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:

+ Cách tháo lắp.
+ Vệ sinh khí cụ.

+ Đeo khí cụ liên tục.
3.4. Các lần điều trị tiếp theo:
Hẹn người bệnh khám và điều trị định kỳ 2-3 tháng/lần.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng giữ khoảng.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng mọc răng vĩnh viễn tương ứng trên lâm sàng và X quang.
- Chỉnh sửa khí cụ cho phù hợp.
- Hướng dẫn thêm người bệnh cách vệ sinh răng miệng và sử dụng khí cụ nếu cần.
3.5. Kết thúc điều trị:
- Đánh giá tình trạng mọc răng vĩnh viễn tương ứng.
- Khi răng vĩnh viễn mọc ngang cổ răng bên cạnh thì kết thúc điều trị.
- Tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị
Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.

KỸ THUẬT NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị lệch lạc răng đơn giản bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn ngược dạng nhẹ.
- Răng trước xoay nhẹ.
- Độ cắn chìa tăng nhẹ.
- Khe thưa.
- Cung răng hẹp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn lệch lạc phức tạp.
- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp cắn….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ tháo lắp:

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ trên mẫu.

3.2. Làm khí cụ tháo lắp

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3. Điều trị khớp cắn lệch lạc bằng khí cụ đã sửa soạn:

- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng.
- Điều chỉnh khí cụ cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng:
+ Cách tháo lắp.
+ Vệ sinh và bảo quản khí cụ.
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
3.4.Các lần điều trị tiếp theo:
Hẹn người bệnh khám điều trị định kỳ từ 1- 2 tuần/lần.
- Kiểm tra, đánh giá tình trạng răng và mức độ di chuyển răng.
- Kiểm tra tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Kiểm tra đánh giá tình trạng khí cụ.
- Điều chỉnh khí cụ để hàm có tác dụng điều trị liên tục.
- Hướng dẫn thêm người bệnh cách sử dụng nếu cần.
3.5 Điều trị duy trì.
- Khi các răng đã dịch chuyển đến vị trí mong muốn thì ngừng tác động lực và điều trị duy trì.
- Điều chỉnh khí cụ ở dạng thụ động và kéo dài từ 3-6 tháng.
3.6.Kết thúc điều trị:
Tháo khí cụ và kết thúc quá trình điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng do gãy khí cụ: điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác.

LÀM LÚN RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP TẤM CẮN (BITE PLATE) HOẶC MẶT PHẲNG CẮN PHÍA TRƯỚC (ANTERIOR BITE PLANE)

I.ĐẠI CƯƠNG

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm lún các răng cửa hàm dưới.
- Để làm lún các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn phía trước

II. CHỈ ĐỊNH

- Độ cắn trùm lớn , đặc biệt trường hợp răng cửa giữa HT ngả trước nhiều (góc răng cửa HT với mặt phẳng HT nhỏ hơn 70 độ)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp khác
- Người bệnh không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: kìm mỏ chim, …
- Các vật liệu nắn chỉnh răng:

+ Chất lấy dấu và thạch cao
+ Sáp lá…

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalomatric.

4. Người bệnh

Người bệnh (hoặc phụ huynh) đã được giải thích về kế hoạch điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1.Lần hẹn thứ nhất:

- Lấy dấu răng
- Lấy dấu sáp cắn độ dầy cho mặt phẳng cắn.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao (thạch cao cứng là tốt nhất).
- Vẽ thiết kế tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn trên mẫu
- Gửi mẫu có sáp cắn tới xưởng để sản xuất tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn (có thể là một thành phần của khí cụ tháo lắp bao gồm cung môi, dây cung mặt lưỡi, móc Adam…)

3.2. Lần hẹn thứ hai:

-Kiểm tra khí cụ tháo lắp trên mẫu, chỉnh sửa nếu cần thiết (kiểm tra gờ sắc, các thành phần của khí cụ, mặt phẳng cắn- độ dầy, vị trí…)

- Đeo khí cụ tháo lắp có tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn cho BN. Kiểm tra độ sát

khít của các thành phần khí cụ đặc biệt là mặt phẳng cắn.
- Hướng dẫn BN cách đeo và bảo quản khí cụ :
+ Thời gian đeo ít nhất 12h/ ngày đeo liên tục
+ BN phải cắn mạnh sao chotấm cắn hoặc mặt phẳng cắn phải thấy được vết răng.
* Chú ý:
- Sau khi đeo khí cụ tháo lắp,các răng hàm phía sau phải mở khớp (không tiếp xúc cắn)
- Ngoài kết quả làm lún các răng cửa HD,tấm cắn còn đồng thời làm lún các răng cưả HT và làm trồi các răng hàm lớn và hàm nhỏ, làm ngả môi các răng cửa HT.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 2-3 tuần)
- Kiểm tra mức độ lún của răng
- Kiểm tra tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn
3.4. Kết thúc điều trị
- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm lún răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.
- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng cửa đang làm lún: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm lún răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do gãy khí cụ:
+ Tháo khí cụ
+ Điều trị sang thương.

KỸ THUẬT ĐÓNG KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ khoảng trên cung hàm bằng dịch chuyển các răng với khí cụ tháo lắp trong nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khe thưa trên cung răng.
- Khoảng trống sau mất răng.
- Khoảng trống sau nhổ răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp cắn
- Chun liên hàm.
- Bút chì ….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2.Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ đóng khoảng trên mẫu:

+ Các móc để kéo răng nanh di xa.

+Các móc ở nền hàm phía vòm miệng làm neo chặn kéo răng nanh.

3.2. Làm khí cụ đóng khoảng.

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3. Đặt khí cụ điều trị đóng khoảng

- Kiểm tra khí cụ.

- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
+ Cách tháo lắp và mắc chun kéo.
+ Vệ sinh và bảo quản khí cụ.
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
3.4. Các lần điều trị tiếp theo:
- Hẹn người bệnh khám điều trị định kỳ 2 tuần/lần:
- Đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng và các răng
- Điều chỉnh khí cụ và chun kéo với lực phù hợp.
- Khi răng nanh đã di chuyển về vị trí phía xa, thì lặp lại quy trình di các răng cửa ra sau để đóng khoảng trước răng nanh bằng khí cụ tháo lắp khác.
3.5. Điều trị duy trì.
- Đánh giá tình trạng khoảng trên cung răng, nếu khoảng đã được đóng kín thì ngừng tác dụng lực
- Đeo duy trì khí cụ trong vòng 3-6 tháng.
3.6. Kết thúc điều trị.
Khi cung răng đã ổn định sau giai đoạn duy trì thì kết thúc điều trị và tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác nếu cần.

SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT MÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ thói quen xấu mút môi gây lệch lạc răng bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lệch lạc do thói quen xấu mút môi.
- Thói quen xấu mút môi có nguy cơ gây lệch lạc răng.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng:khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Kìm Adams….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu….

3. Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

2. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu: Có bộ phận chặn môi để môi không tác động đến nhóm răng cửa dưới

3.2 Làm khí cụ tháo lắp

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3 Lắp hàm trên miệng người bệnh

- Kiểm tra khí cụ tháo lắp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa khí cụ tháo lắp cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ cách sử dụng khí cụ.

3.4 Các lần điều trị tiếp theo.

Hẹn người bệnh tái khám hàng tháng:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ duy trì đeo khí cụ.

3.5. Kết thúc điều trị:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.

Nếu người bệnh đã ngừng hẳn thói quen xấu mút môi được ít nhất 3 tháng, thì tháo khí cụ và kết thúc điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần

SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU ĐẨY LƯỠI

I.ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ thói quen xấu đẩy lưỡi gây lệch lạc răng bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lệch lạc do thói quen xấu đẩy lưỡi.
- Thói quen xấu đẩy lưỡi có nguy cơ gây lệch lạc răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2.Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng:khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Kìm Adams….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu….

3.Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu: Có bộ phận chặn lưỡi không để lưỡi tác động đẩy các răng trước.

3.2 Làm khí cụ tháo lắp

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3 Lắp hàm trên miệng người bệnh

- Kiểm tra khí cụ tháo lắp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa khí cụ tháo lắp cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ cách sử dụng khí cụ.

3.4 Các lần điều trị tiếp theo.

Hẹn người bệnh tái khám hàng tháng:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ duy trì đeo khí cụ.

3.5. Kết thúc điều trị:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.

Nếu người bệnh đã ngừng hẳn thói quen xấu đẩy lưỡi được ít nhất 3 tháng, thì tháo khí cụ và kết thúc điều trị.

4. Lần hẹn cuối cùng:

- Đánh giá tình trạng cung răng
- Hỏi xác định trẻ đã ngừng thói quen đẩy lưỡi
- Tháo khí cụ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị sang thương và làm lại khí cụ nếu cần

SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU MÚT NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ thói quen xấu mút ngón tay gây lệch lạc răng bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lệch lạc do thói quen xấu mút ngón tay.
- Thói quen xấu mút ngón tay có nguy cơ gây lệch lạc răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng:khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Kìm Adams….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu 2 hàm bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu: Có bộ phận ngăn cản việc mút ngón tay.

3.2 Làm khí cụ tháo lắp

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3 Lắp hàm trên miệng người bệnh

- Kiểm tra khí cụ tháo lắp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Chỉnh sửa khí cụ tháo lắp cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ cách sử dụng khí cụ.

3.4 Các lần điều trị tiếp theo.

Hẹn người bệnh tái khám hàng tháng:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.

- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ duy trì đeo khí cụ.

3.5. Kết thúc điều trị:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Hỏi, khám và đánh giá tình trạng thói quen xấu.

Nếu người bệnh đã ngừng hẳn thói quen xấu mút ngón tay được ít nhất 3 tháng, thì tháo khí cụ và kết thúc điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần.

ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU THỞ MIỆNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ thói quen thở miệng bằng khí cụ tháo lắp với tấm chắn miệng (oral screen).

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ em có thói quen thở miệng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có cản trở thở đường mũi.
- Amidan quá phát chẹn đường thở.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu
- Bút chì vẽ mẫu….
- Tấm chắn miệng có sẵn các cỡ hoặc vật liệu chế tạo….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng đường thở …

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Lấy dấu và đổ mẫu hai hàm

- Lấy dấu.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.

3.2. Làm khí cụ tháo lắp tấm chắn miệng.

- Thiết kế khí cụ có 3-4 lỗ trên tấm chắn.
- Làm khí cụ tháo lắp tấm chắn miệng thực hiện tại Labo theo thiết kế.

* Nếu sử dụng tấm chắn miệng có sẵn: Chọn tấm chắn miệng trên mẫu cho phù hợp.

3.3. Điều trị thói quen xấu thở miệng bằng khí cụ

- Kiểm tra khí cụ và chỉnh sửa nếu cần.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng:

+ Lắp và tháo khí cụ.

+ Vệ sinh khí cụ.
+ Cách bảo quản.
3.4. Các lần điều trị tiếp theo.
Tái khám hàng tháng.
- Hỏi, kiểm tra và đánh giá tình trạng thở đường mũi.
- Chỉnh kích thước lỗ trên tấm chắn cho phù hợp: chỉnh kích thước lỗ nhỏ dần lại hoặc giảm số lượng lỗ hoặc cả hai.
- Kết hợp hướng dẫn người bệnh luyện cơ vòng môi.
3.5. Kết thúc điều trị
Người bệnh thích nghi và tự thở đường mũi tốt thì dừng đeo tấm chắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị
- Sang thương niêm mạc ngách tiền đình và ngách má do tấm chắn cọ sát: Điều trị sang thương và chỉnh sửa khí cụ

KỸ THUẬT GẮN BAND

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đặt, cố định khí cụ hỗ trợ neo chặn trong nắn chỉnh răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị lệch lạc răng cần neo chặn hoặc tăng cường neo chặn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng chỉ định gắn band có tổn thương viêm quanh răng.
- Răng chỉ định gắn band nhưng thân răng quá ngắn hoặc chưa mọc hết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ gắn band: cây ấn band, kìm tháo band
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Tay khoan chậm và chổi đánh bóng….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Chun tách kẽ.
- Chất gắn band….

3. Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Panorama và Cephalometric.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Chuẩn bị gắn band

- Lấy dấu bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ vào các kẽ cần gắn band.

3.2.Gắn band

- Lấy bỏ chun tách kẽ.
- Làm sạch các răng đặt band.
- Chọn band trên mẫu hàm.
- Thử band trên miệng người bệnh.
- Dùng cây ấn điểm để chỉnh sửa band cho vừa khít với răng.
- Gắn cố định band:

+ Làm sạch và thổi khô band.

+ Cô lập răng cần gắn band

+ Trộn xi măng gắn cho vào band.
+ Đặt band với xi măng vào răng đã sửa soạn.
+ Dùng cây ấn band đẩy band vào vị trí đúng.
+ Lấy hết xi măng thừa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình đặt band

Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band, điều trị sang thương và gắn lại.

2. Sau đặt band

- Viêm quanh răng các răng mang band:
+ Tháo band.
+ Điều trị viêm quanh răng.

MÁNG ĐIỀU TRỊ ĐAU KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị rối loạn đau khớp thái dương hàm bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau khớp thái dương hàm.
- Hội chứng SADAM.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Dính khớp thái dương hàm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Bộ càng nhai….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp hoặc silicone đặc….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Panorama, Cephalometric, Conbeam CT đánh giá tình trạng khớp thái dương hàm.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ điều trị

- Lấy dấu hai hàm
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Ghi tương quan tâm bằng sáp hoặc silicone đặc.
- Lấy tương quan hàm trên bằng cung mặt.
- Lên càng nhai theo tương quan trung tâm.
- Thiết kế máng trên mẫu:

+ Máng phủ mặt nhai và rìa cắn tất cả các răng.
+ Phủ 1/3 ngoài thân răng phía rìa cắn.
+ Phủ quá mặt trong các răng và 5mm niêm mạc vòm miệng .

3.2. Làm khí cụ điều trị

Thực hiện khí cụ tại labo theo thiết kế trên mẫu.

3.3. Đặt khí cụ điều trị
- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên cung răng.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
+ Cách tháo lắp.
+ Vệ sinh và bảo quản khí cụ .
+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng: đeo liên tục.
3.4 Các lần điều trị tiếp theo
Hẹn người bệnh khám và điều trị định kỳ:
- Đánh giá mức độ giảm đau khớp thái dương hàm.
- Điều chỉnh khí cụ nếu cần thiết.
3.5 Kết thúc điều trị
- Kết thúc điều trị khi hết triệu chứng đau khớp thái dương hàm.
- Chỉnh sửa máng hạ dần tầm cắn.
- Tháo bỏ khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần.

MÁNG NÂNG KHỚP CẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật duy trì khoảng trên cung răng bằng khí cụ tháo lắp trong khoảng thời gian chờ răng vĩnh viễn tương ứng mọc. Khí cụ này có thêm răng giả đảm bảo cho người bệnh ăn nhai tốt hơn.
- Khí cụ duy trì tháo lắp có ưu điểm là dễ vệ sinh nhưng đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh trong việc đeo khí cụ.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng hàm sữa sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm…
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalomatric.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn 1

- Lấy dấu.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ giữ khoảng trên mẫu.
- Ghi yêu cầu trên phiếu xưởng rồi chuyển tới Labo
- Làm khí cụ duy trì loại tháo lắp tại Labo.

3.2. Lần hẹn 2

- Kiểm tra khí cụ duy trì theo đúng tiêu chuẩn.
- Thử khí cụ trên miệng và mài chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:

+ Cách tháo lắp.
+ Vệ sinh khí cụ.

+ Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
3.3. Các lần điều trị tiếp theo
- Hẹn người bệnh khám định kỳ khoảng 3 tháng/lần:
+ Đánh giá tình trạng mọc của răng vĩnh viễn tương ứng.
+ Điều chỉnh khí cụ nếu cần thiết.
3.4.Kết thúc điều trị
Theo dõi các răng vĩnh viễn tương ứng, nếu bắt đầu mọc hết thì ngưng đeo khí cụ.
- Tháo khí cụ và kết thúc quá trình điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng do gãy khí cụ: điều trị tổn thương, làm lại khí cụ khác.

KỸ THUẬT MÀI CHỈNH KHỚP CẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ các điểm chạm sớm và các điểm cản trở khớp cắn để điều trị và dự phòng lệch lạc khớp cắn, các bệnh về răng, quanh răng và khớp thái dương hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sai lệch cắn khít trung tâm do có điểm chạm sớm.
- Sai lệch cắn khít trung tâm do cản trở cắn ở hàm răng sữa, hỗn hợp hoặc vĩnh viễn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Bộ càng nhai, cung mặt.
- Bút đánh dấu da….

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp lá hồng, sáp nhôm hoặc silicone đặc
- Giấy thử cắn độ dày 40µm màu đỏ và màu xanh….

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Chuẩn bị các mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
- Lấy tương quan hàm trên bằng cung mặt
- Ghi tương quan hai hàm ở tương quan tâm

3.2 Xác định mức độ mài chỉnh các mẫu trên càng nhai.

- Vào mẫu trên càng nhai dựa trên các tương quan đã lấy.
- Xác định các điểm cản trở cắn, điểm chạm sớm trên càng nhai.
- Đánh dấu các điểm chạm sớm.

- Dùng mũi khoan mài chỉnh các điểm chạm sớm trên mẫu thạch cao.
- Đánh dấu các vị trí đã mài chỉnh.

3.3. Mài chỉnh các điểm chạm sớm trên miệng.

- Đối chiếu và đánh dấu các điểm cần mài trên răng theo mẫu.
- Dùng mũi khoan kim cương mài chỉnh các điểm chạm sớm đã đánh dấu.
- Hướng dẫn người bệnh cắn khít ở vị trí trung tâm, kiểm tra tình trạng cản trở và chỉnh sửa tiếp nếu cần.
- Kiểm tra lại chức năng khớp cắn động:

Hướng dẫn người bệnh chuyển động hàm dưới các hướng và chỉnh sửa nếu cần.

- Chống ê buốt các răng mài chỉnh.
- Hướng dẫn người bệnh:

+ Cách ăn nhai đều 2 bên.

+ Loại bỏ thói quen xấu nếu có.

3.4.Kết thúc điều trị:

- Đánh giá tình trạng khớp cắn, chuyển giai đoạn điều trị nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.
- Ê buốt răng: Điều trị ê buốt

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng lạc chỗ có thể ngầm trong xương hoặc xuất hiện trên cung hàm nhưng sai vị trí. Trong bài này chỉ đề cập tới các trường hợp răng lạc chỗ đã mọc.

Răng lạc chỗ thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ, khó kiểm soát mảng bám răng và còn là nguyên nhân gây lệch lạc răng và gây rối loạn khớp cắn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lạc chỗ không có chỉ định nắn chỉnh.
- Răng lạc chỗ gây biến chứng hoặc có nguy cơ gây biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- Phẫu thuật lấy răng thừa:

+ Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
+ Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.
+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
+ Kiểm soát huyệt ổ răng.
+ Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

+ 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.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

2. Sau khi làm thủ thuật

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

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Răng ngầm là răng không mọc ra được hoặc là một răng thừa.
- Các răng ngầm có thể là nguyên nhân của nang thân răng hoặc các biến chứng khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.
- Răng ngầm gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh.
- Răng ngầm có nang thân răng.
- Răng ngầm chèn ép thần kinh gây đau.
- Răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.
- Răng ngầm lạc chỗ gây rối loạn chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu ghép xương.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng ngầm.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn

 Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

 Phẫu thuật lấy răng ngầm:

+ Tạo vạt niêm mạc màng xương thích hợp để mở xương và lấy răng.

+ Mở xương: dùng dụng cụ thích hợp mở xương bộc lộ răng ngầm.
+ Chia cắt răng ngầm: dùng mũi khoan cắt răng và chia tách chân răng để dễ đưa răng ra khỏi xương hàm nếu cần.
+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng và các chân răng đã chia tách ra khỏi xương.
+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.
+ Ghép xương nếu cần.
+ Khâu đóng vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc: điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.
- Tổn thương xương và các cấu trúc lân cận: Tùy từng trường hợp mà chọn giải pháp điều trị thích hợp.

2. Sau khi làm thủ thuật

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

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn hàm trên mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Kìm bẩy thích hợp

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:
  + Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.
  + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.
- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cắn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật
- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật
- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn hàm dưới mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn hàm dưới mọc lệch .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kìm và bẩy thích hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu cầm máu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật

4. Hồ sơ bệnh án:

Chuẩn bị đầy đủ theo đúng quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng lệch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc.
+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng cần nhổ

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cắn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật trong các trường hợp răng khôn mọc lệch cần cắt thân răng để lấy răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kìm và bẩy thích hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc gây mê.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu ghép.
- Kim, chỉ khâu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng mọc lệch.
- Xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- Phẫu thuật lấy răng khôn lệch:

+ Tạo vạt:

* Rạch niêm mạc màng xương.
* Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ vùng xương ổ răng

+ Mở xương: dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng khôn lệch.
+ Cắt thân răng: Dùng mũi khoan cắt ngang qua cổ răng hoặc thân răng để lấy bỏ phần thân răng sao cho phần còn lại có thể lấy dễ dàng ra khỏi ổ răng.
+ Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.
+ Lấy phần chân răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
+ Kiểm soát huyệt ổ răng.
+ Ghép xương nếu cần.
+ Khâu đóng phần mềm.
+ Cắn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong các trường hợp răng khôn mọc lệch, thường gặp răng khôn lệch gần có thân răng bị kẹt dưới cổ răng hàm lớn liền kề. Vì vậy phải cắt thân răng để lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng và tránh tổn thương răng liền kề.

Trường hợp chân răng dị dạng hoặc nhiều chân thì cần phải cắt và chia tách chân răng lấy hết chân răng ra khỏi huyệt ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề và răng có nhiều chân hoặc chân dị dạng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ nha khoa.

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kìm bẩy thích hợp

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Kim và chỉ khâu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc màng xương.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ vùng xương ổ răng
- Mở xương: Trong một số trường hợp cần mở xương, dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng cắt bỏ.
- Cắt thân răng: Dùng mũi khoan cắt ngang qua cổ răng hoặc thân răng để lấy bỏ phần thân răng sao cho phần còn lại có thể lấy dễ dàng ra khỏi ổ răng.
- Lấy phần thân ra khỏi huyệt ổ răng.
- Cắt và chia tách chân răng.
- Lấy phần chân răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cắn gạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN

I. 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.

II. 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.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

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

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

2. Sau khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân

NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

NHỔ RĂNG THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. 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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.
- Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
- 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.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ thông xoang.
- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

2. Sau khi làm thủ thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG CÓ TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhổ răng có tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật nhổ răng khó phải mở xương để lấy răng hoặc chân răng, sau đó có tạo hình xương ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng hoặc chân răng bị kẹt giữa các răng lân cận hoặc cành lên xương hàm dưới
- Các trường hợp chân răng dị dạng như chân hình dùi trống, các răng nhiều chân cong dính vào nhau vv...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Rạch và tạo vạt niêm mạc màng xương.
- Tách và bộc lộ xương hàm vùng mở xương.
- Mở xương: dùng mũi khoan cắt bỏ xương, bộc lộ răng hoặc chân răng.
- Lấy răng, chân răng: dùng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch vùng phẫu thuật và tạo hình xương ổ răng.
- Đặt vật liệu cầm máu.
- Khâu phục hồi niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật sửa chữa và tạo hình lại sống hàm sau nhổ răng hoặc mất răng, giúp cho việc mang hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sống hàm vùng răng trước sau khi mất răng phát triển ra trước quá mức.
- Sống hàm biến dạng hình thể làm trở ngại mang hàm giả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng xương ổ răng cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch niêm mạc màng xương:
- Dùng dao rạch niêm mạc màng xương dọc theo sống hàm sao cho thuận nếp niêm mạc để bộc lộ phần sống hàm cần điều chỉnh.
- Bóc tách và bộc lộ sống hàm.
- Sửa chữa và tạo hình sống hàm.
- Khâu đóng niêm mạc màng xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở xương cho răng mọc là kỹ thuật lấy bỏ một phần xương hàm cản trở để mở đường cho răng mọc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các răng vĩnh viễn còn nằm toàn bộ trong xương hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng đó.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu cầm máu

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tạo vạt: tạo vạt niêm mạc hình thang hoặc hình vợt, tách bóc bộc lộ xương vùng răng ngầm.
- Mở xương: dùng mũi khoan cắt bỏ xương ổ răng từ ngoài vào để đủ khoảng cho răng mọc hoặc có thể kéo ra bằng kỹ thuật nắn chỉnh răng.
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT NẠO QUANH CUỐNG RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo cuống răng là phẫu thuật lấy bỏ phần viêm và hoại tử quanh cuống răng, giúp cho quá trình liền thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương u hạt quanh cuống răng.
- Các trường hợp sau điều trị nội nha mà chất hàn đi quá cuống răng gây bệnh lý vùng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ.
- Tạo vạt:

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.
+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

- Mở xương: Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.
- Nạo quanh cuống răng :

+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng
+ Dùng cây nạo thích hợp nạo sạch quanh cuống răng

- Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: Cầm máu.

PHẪU THUẬT CẮT CUỐNG RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cuống răng là phẫu thuật cắt bỏ phần cuống răng bệnh lý và mô hoại tử quanh cuống.

II. CHỈ ĐỊNH

- U hạt quanh cuống răng có kích thước lớn.
- Nang chân răng
- Chân răng cong biến dạng bất thường vùng cuống không thể hàn kín ống tủy tới cuống răng được.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở vùng cuống răng không lấy ra được ảnh hưởng kết quả điều trị tủy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Răng bệnh lý đã được điều trị nội nha.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ.
- Tạo vạt:

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.
+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

- Mở xương: Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.
- Cắt cuống răng:

+ Dùng mũi khoan cắt và lấy bỏ phần cuống răng bệnh lý.
+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng.
- Hàn ngược cuống răng: Trong một số trường hợp có chỉ định.
- Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng.
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nếp niêm mạc trùm phủ bề mặt răng khôn thường gây ra ứ đọng thức ăn, là nguyên nhân gây viêm quanh thân răng và các biến chứng khác. Nếu răng không có chỉ định nhổ thì phải cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm để bộc lộ thân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Nếp niêm mạc trùm phủ một phần hoặc toàn phần thân răng mà răng không có chỉ định nhổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nếp niêm mạc trùm đang trong giai đoạn viêm cấp tính.
- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính ở nơi khác trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng .
- Thuốc tê.
- Dao điện hoặc máy đốt laser.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Xi- măng phẫu thuật.
- Vật liệu cầm máu.
- Bông gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định răng không có chỉ định nhổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bơm rửa sạch túi quanh thân răng.
- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ
- Cắt bỏ vạt quanh thân răng:

+ Dùng dao, kéo hoặc dao điện cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm phủ trên bề mặt và vạt quanh thân răng, đặc biệt phía xa để bộc lộ thân răng.

+ Kiểm soát bề mặt và quanh thân răng.

- Đặt xi-măng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

CẮT PHANH NIÊM MẠC ĐỂ LÀM HÀM GIẢ

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt nếp niêm mạc di động để làm hàm giả là kỹ thuật được sử dụng để loại bỏ phần nếp niêm mạc di động gây cản trở bám giữ hoặc mất cân bằng của hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

Sống hàm vùng mất răng có nếp niêm mạc di động gây cản trở bám giữ hoặc mất cân bằng của hàm giả .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Được thăm khám, giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch, bóc tách, tạo hình lại phần nếp niêm mạc di động gây cản trở bám giữ hoặc mất cân bằng của hàm giả .
- Khâu phục hồi niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh lưỡi là kỹ thuật cắt và sửa chữa phanh lưỡi bám bất thường gây cản trở vận động của lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở vận động của lưỡi
- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở điều trị nắn chỉnh răng.
- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở đeo hàm tháo lắp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh lưỡi cần phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch và cắt phanh lưỡi:

+ Người phụ nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi thẳng góc với trục của lưỡi.

+ Phẫu thuật viên dùng dao cắt ngang qua phanh lưỡi .

- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động bình thường.
- Khâu phục hồi.

Lưu ý : Trong một số trường hợp khó, cần gây mê để cắt phanh lưỡi theo đường rạch hình chữ Z để tăng tối đa khả năng vận động của lưỡi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật:

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

PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh môi là kỹ thuật cắt và sửa chữa phanh môi bám bất thường gây trở ngại vận động của môi, gây lệch lạc răng, co kéo nếp niêm mạc bờ gây viêm nếp niêm mạc, và trở ngại đeo hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại vận động của môi.
- Phanh môi bám bất thường gây khe thưa răng cửa.
- Phanh môi bám bất thường làm co kéo nếp niêm mạc bờ gây viêm nếp niêm mạc hoặc co nếp niêm mạc.
- Phanh môi bám bất thường gây trở ngại đeo hàm giả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh môi cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch và cắt phanh môi:

+ Người phụ nâng môi lên làm căng phanh môi sao cho bờ trước phanh môi thẳng góc với trục của môi.

+ Phẫu thuật viên dùng dao cắt ngang qua phanh môi .

- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh môi sao cho đủ để môi vận động bình thường.
- Khâu phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật
Chảy máu: cầm máu.
2. Sau phẫu thuật
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phanh má là kỹ thuật cắt và tạo hình lại dải niêm mạc đi từ niêm mạc má tới nếp niêm mạc mà có ảnh hưởng tới sự bám dính của hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc ảnh hưởng tới bám dính của hàm giả.
- Phanh má bám sát bờ nếp niêm mạc là nguyên nhân của tổn thương mô quanh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh má cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ.
- Bộc lộ và cắt phanh má:

+ Bộc lộ và làm căng phanh má định phẫu thuật.
+ Dùng dao cắt đường ngang, vuông góc với phanh má.
+ Bóc tách, bộc lộ và cắt đứt ngang dải xơ.

- Khâu niêm mạc má và nếp niêm mạc:

+ Tách hai bờ đường cắt.
+ Khâu niêm má và nếp niêm mạc theo chiều dọc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH THÂN RĂNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm quanh thân răng cấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bơm rửa bằng nước ấm để loại bỏ cặn, mảnh vụn thức ăn và dịch rỉ viêm.
- Dùng cây lấy cao răng nâng nhẹ vạt tách ra khỏi răng, dùng gạc sát khuẩn lau bên trong túi nếp niêm mạc lấy đi cặn bên dưới túi nếp niêm mạc.
- Bơm rửa lại túi nếp niêm mạc bằng nước ấm.
- Trường hợp trong túi nếp niêm mạc có mủ, rạch phần nếp niêm mạc trùm theo chiều trước sau để dẫn lưu.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Sau khi các triệu chứng cấp đã thuyên giảm, tùy từng trường hợp có thể nhổ răng hoặc cắt nếp niêm mạc trùm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

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

TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với Composite.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Composite và vật liệu kèm theo….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn bề mặt răng:

+ Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
+ Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.
+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.
+ Làm khô.
+ Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây
+ Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

+ Đặt Composite vào một đầu của hố rãnh với 1 lực vừa đủ để Composite tràn đầy hố rãnh.
+ Chỉnh sửa bề mặt trám bít.
+ Chiếu đèn quang trùng hợp trong 20-30 giây.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

TRÁM BÍT HỐ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với GIC.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn bề mặt răng:

+ Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
+ Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.
+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.
+ Làm khô.
+ Đặt dung dịch Coditioner vào hố rãnh trong 10 giây.
+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

+ Đặt GIC vào một phía của hố rãnh, miết nhẹ với lực vừa đủ để GIC tràn đầy hố rãnh.

+ Tạo hình bề mặt theo hình thể giải phẫu răng.
+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
+ Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN VỚI GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng bằng GIC với dụng cụ cầm tay.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng sâu ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ.
- Người bệnh dị ứng với GIC.
- Tổn thương sâu sát tủy.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế hoặc bàn cho người bệnh nằm.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ dụng cụ hàn GIC.
- Bộ cây nạo ngà.
- Bộ cây vạt men….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- GIC và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Làm sạch bề mặt răng.
+ Dùng cây vạt men thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu
+ Dùng cây nạo ngà thích hợp lấy mô ngà bệnh lý và hoại tử
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý
+ Làm khô xoang hàn.
+ Đặt dung dịch conditioner vào xoang hàn trong 10 giây
+ Rửa sạch và làm khô xoang hàn.

- Hàn phục hồi

+ Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.

+ Phủ dầu cách ly, đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy theo quy trình chụp tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy : Điều trị tủy.

PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG VỚI THUỐC BÔI BỀ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị dự phòng sâu răng bằng Fluor độ tập trung cao sử dụng tại chỗ do thầy thuốc thực hiện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng sớm.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Sâu răng lan nhanh.
- Nhạy cảm ngà.
- Trẻ em ở khu vực thiếu Fluor cung cấp theo đường toàn thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ dụng cụ làm sạch mặt răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Tăm bông.
- Vécni Fluor có nồng độ Fluor cao.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ .

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Làm sạch bề mặt răng:

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng
- Làm khô răng.

3.2. Đặt Fluor

- Cách ly và cô lập răng.
- Dùng tăm bông có Vécni Fluor phủ một lớp mỏng Fluor lên bề mặt răng.
- Hướng dẫn người bệnh không ăn nhai, không đánh răng trong thời gian 2 giờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến.

ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC.

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị bảo tồn tủy răng trong các trường hợp viêm tủy nhẹ có khả năng hồi phục bằng cách loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên gây kích thích tủy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy nhẹ do sâu có khả năng hồi phục.
- Răng viêm tủy nhẹ do chấn thương có khả năng hồi phục

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hở tủy do sâu răng.
- Răng có mô tủy canxi hóa
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng….

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu chụp tủy : Canxi hydroxit, hoặc vật liệu chụp tủy khác….
- Vật liệu hàn phục hồi….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng tổn thương răng.

V. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.
+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ mô ngà bệnh lý và hoại tử.
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
+ Làm khô.

- Đặt vật liệu chụp tủy:

+ Đặt canxi hydroxit hoặc vật liệu chụp tủy khác phủ kín đáy xoang hàn.
+ Dùng viên bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt hydroxit canxi

- Hàn phục hồi xoang hàn:

+ Hàn phục hồi bằng GIC hoặc vật liệu phục hồi khác.

+ Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.
+ Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Điều trị tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy : Điều trị tủy

LẤY TỦY BUỒNG RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy răng bị nhiễm trùng hoặc có nguy cơ bị nhiễm trùng ở buồng tủy và bảo tồn phần tủy ở chân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hở tủy do sâu răng mà không có các dấu hiệu viêm tủy.
- Hở tủy do thầy thuốc gây ra trong quá trình sửa soạn xoang hàn điều trị sâu ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có biểu hiện viêm tủy không hồi phục, tủy hoại tử hoặc viêm quanh cuống.
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1.Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng….

2.2.Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu hàn phục hồi.…

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định hình thái tủy răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/hoặc gây tê vùng.

3.3 Cách ly răng

Sử dụng đam cao su (Rubber dam) cách ly và cô lập răng điều trị.

3.4. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở rộng hết trần buồng tủy.

3.5 . Lấy tủy buồng

- Dùng cây nạo ngà sắc cắt lấy bỏ toàn bộ phần tủy buồng.

- Rửa khoang buồng tủy bằng nước muối sinh lý.
- Cầm máu.

3.6. Bảo vệ tủy chân

- Đặt bông tẩm Formocresol vào khoang buồng tủy, sát miệng ống tủy trong khoảng thời gian 5 phút.
- Hàn phủ sàn buồng tủy, che kín mặt cắt tủy chân răng bằng vật liệu MTA/Biodentine hoặc vật liệu thích hợp.

3.7. Phục hồi thân răng

Hàn kín khoang buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp..

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương tủy chân: Điều trị tủy toàn bộ

2. Sau điều trị

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy toàn bộ.
- Tủy hoại tủy: Điều trị tủy toàn bộ.
- Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống răng.

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị nội nha răng sữa để bảo tồn răng trong các trường hợp có bệnh lý tủy răng, giữ răng đến tuổi thay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa viêm tủy.
- Răng sữa có tủy hoại tử
- Răng sữa viêm quanh cuống

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ
- Răng sữa viêm tủy có hồi phục.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ dụng cụ điều trị tủy
- Bộ cách ly cô lập răng….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị tủy răng sữa….

3. Người bệnh

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

4.Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm.

- Sát khuẩn.
- Nếu tủy răng còn sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ.
- Gây mê nếu cần.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đam cao su (Rubber dam) để cách ly, cô lập răng.

3.3. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy tủy buồng và tủy chân bằng trâm gai
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng dụng cụ thích hợp
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ
+ Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.
+ Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý hoặc oxy già 3 thể tích…
3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy
- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.
- Đưa paste vào các ống tủy cho đến hết chiều dài ống tủy bằng lentulo.
- Dùng bông lau khô phần paste thừa trên miệng ống tủy.
3.6. Hàn phục hồi
Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA/Biodentine hoặc GIC…
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA/Biodentine
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: Lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp…

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống

ĐIỀU TRỊ ĐÓNG CUỐNG RĂNG BẰNG CANXI HYDROXIT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị đóng kín cuống răng bằng Canxi hydroxit ở các răng chưa hòan thiện có bệnh lý tủy răng, tạo điều kiện cho điều trị nội nha thành công.
- Các răng chưa đóng cuống là các răng vĩnh viễn mới mọc, còn đang trong thời kỳ hình thành và hoàn thiện chân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy ở thời kỳ chưa đóng cuống.
- Răng có tủy hoại tử ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Răng viêm quanh cuống ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Tổn thương tủy do chấn thương ở thời kỳ răng chưa đóng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ điều trị tuỷ….

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa.
- Canxi Hydroxit.
- Vật liệu hàn phục hồi….

3.Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng cuống răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước tiến hành

Lần 1:

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng.

3.3. Cách ly răng

Dùng đam cao su (rubber dam) cách ly, cô lập răng.

3.4. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.
3.5. Sửa soạn ống tủy
- Dùng trâm gai lấy tủy buồng và tủy chân.
- Tìm miệng các ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ
+ Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.
+ Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý hoặc oxy già 3 thể tích…
3.6.Hàn kín hệ thống ống tủy
- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.
- Đưa canxi hydroxit vào các ống tủy cho đến hết chiều dài ống tủy bằng lentulo.
- Lấy canxi hydroxit thừa trên miệng ống tủy.
- Hàn tạm
3.7.Kiểm tra vùng cuống trên Xquang.
3.8. Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng.
Lần 2: Khám lại sau 03 tháng
- Chụp phim Xquang, đánh giá tình trạng đóng cuống.
- Nếu cuống đã được đóng:
+ Lấy hết canxi hydroxit trong ống tủy.
+ Hàn kín ống tủy và phục hồi thân răng theo quy trình điều trị tủy răng đã đóng cuống.
- Nếu cuống răng chưa đóng:
Tùy từng trường hợp, có thể theo dõi thêm hoặc thực hiện lại quy trình đóng cuống.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA/Biodentine hoặc GIC…
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA/Biodentine hoặc canxi hydroxit…
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: Lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp…

2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống.

ĐIỀU TRỊ ĐÓNG CUỐNG RĂNG BẰNG MTA/Biodentine

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là kỹ thuật điều trị đóng kín cuống răng ở các răng chưa đóng cuống có bệnh lý tủy răng bằng MTA/Biodentine.
- MTA/Biodentine (Mineral trioxide aggregate) là một hợp chất có khả năng đông cứng trong môi trường ẩm, độ tương hợp sinh học cao, cản quang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy ở thời kỳ chưa đóng cuống.
- Răng có tủy hoại tử ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Răng viêm quanh cuống ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Tổn thương tủy do chấn thương ở thời kỳ răng chưa đóng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm…
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ điều trị tuỷ
- Bộ dụng cụ đưa chất hàn….

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa.
- MTA/Biodentine.
- Vật liệu hàn phục hồi….

3.Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng cuống răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Các bước tiến hành

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng nếu cần.

3.3. Cách ly răng

Dùng đam cao su (rubber dam) cách ly, cô lập răng.

3.4. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.
3.5. Sửa soạn ống tủy
- Dùng trâm gai lấy tủy buồng và tủy chân.
- Tìm miệng các ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ
+ Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.
+ Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý
hoặc oxy già 3 thể tích…
3.6.Đặt vật liệu đóng cuống
- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.
- Dùng dụng cụ thích hợp đưa MTA/Biodentine đến vùng chóp răng, tiếp tục lèn MTA/Biodentine cho đến khi đạt độ dày 3-4mm ở phía cuống răng.
- Đặt bông ẩm vào hệ thống ống tủy bên trên.
- Hàn tạm.
3.7. Kiểm tra vùng cuống trên Xquang.
3.8. Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng.
- Hàn kín hệ thống ống tủy theo quy trình điều trị nội nha.
- Phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA/Biodentine
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA/Biodentine

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống.

ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng của răng sữa do sâu.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa sâu ngà

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với GIC
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trâm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Glass Ionomer Cement….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử.
+ Sửa lại các thành của xoang hàn để dễ làm sạch và đặt vật liệu.
+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
+ Làm khô xoang hàn.
+ Đặt dung dịch Coditioner vào xoang hàn trong 10 giây.
+ Rửa sạch và làm khô xoang hàn.

- Hàn phục hồi

+ Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.
+ Đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy: Điều trị tủy.

PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP THÉP

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật phục hồi thân răng hàm sữa bị tổn thương mất nhiều mô cứng, đảm bảo chức năng ăn nhai và giữ khoảng cho tới thời kỳ thay răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất nhiều mô cứng thân răng.
- Răng có nguy cơ vỡ thân răng sau điều trị nội nha.
- Răng có nguy cơ bong khối phục hồi sau điều trị hàn phục hồi thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện và dụng cụ

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.
- Bộ dụng cụ gắn chụp.
- Chụp thép làm sẵn.
- Bông, gạc vô khuẩn….

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Vật liệu gắn chụp.
- Thuốc tê….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2.Kiểm tra người bệnh

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

3.Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kiểm tra khớp cắn.

3.2. Sửa soạn thân răng gắn chụp.

- Mài sửa soạn mặt nhai theo hình thể giải phẫu.
- Mài sửa soạn các mặt bên.

3.3. Chọn và thử chụp: có 2 cách

- Thử trực tiếp trên răng.
- Thử trên mẫu hàm thạch cao của người bệnh.
- Sửa chụp: Dùng kìm thích hợp uốn bờ và thành chụp cho phù hợp với thân răng đã sửa soạn.
- Làm nhẵn và đánh bóng.

3.4. Gắn chụp:

- Sát khuẩn bề mặt thân răng.
- Sát khuẩn chụp.

- Làm khô bề mặt thân răng và chụp.
- Gắn chụp vào thân răng đã sửa soạn bằng vật liệu gắn chụp.

3.5.Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Trong điều trị

Sang thương lợi: Điều trị sang thương.

2.Sau điều trị

Viêm lợi: Điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

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

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- 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.
- Thuốc sát khuẩn.
- Bông, 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 bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng sữa và mầm răng vĩnh viễn.

dcliii

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

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

  Trường hợp tiêm tê tại chỗ, sử dụng kỹ thuật Cắn – Tựa – Giật để đánh lạc hướng cảm giác đau của trẻ.

- Nhổ răng:

+ Tách lợi.
+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc 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.

NHỔ CHÂN RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Còn chân răng sữa ở thời kỳ mọc răng vĩnh viễn tương ứng.
- Còn chân răng sữa khi đã mọc răng vĩnh viễn tương ứng.
- Chân răng sữa là nguyên nhân gây viêm nhiễm tại chỗ.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ .

2.Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ nhổ chân răng sữa….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Bông, 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 bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

dclv

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm; Tùy trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Nhổ chân răng sữa:

+ Tách lợi.
+ Dùng kìm hoặc bẩy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc 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

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

CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM

I . ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Áp - xe lợi

II .CHUẨN BỊ

1.Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

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

2.2. Thuốc

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

dclvii

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Mở áp-xe và dẫn lưu mủ:

+ Xác định điểm mở dẫn lưu mủ.
+ Mở áp-xe: dùng dụng cụ thích hợp mở thông vào ổ áp-xe.
+ Ép nhẹ để dẫn lưu mủ.
+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc dung dịch ôxy già 3 thể tích

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sau quá trình điều trị:

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

ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM (DO MẢNG BÁM)

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

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- 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:

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Thuốc tê.
- 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 bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

dclix

IV- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tê thấm nếu cần.
- Lấy cao răng nếu có bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch mảng bám răng.
- Làm nhẵn mặt răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Lau rửa vùng lợi viêm bằng dung dịch 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.

PHẪU THUẬT CẮT LỒI XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lồi xương là tình trạng biến dạng xương, làm phồng xương hàm, thường gặp ở mặt trong xương hàm dưới và chính giữa vòm miệng cứng.
- Phẫu thuật cắt lồi xương là phẫu thuật lấy bỏ phần xương lồi của xương hàm tạo lại hình thể giải phẫu xương hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lồi xương hàm ảnh hưởng đến việc mang hàm giả tháo lắp.
- Lồi xương gây trở ngại chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương và máy khoan, cưa chuyên dụng.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng lồi xương.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản.

4. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Rạch niêm mạc màng xương: Dùng dao rạch niêm mạc màng xương vùng tương ứng khối lồi xương.
- Tách bóc vạt niêm mạc màng xương: Dùng dụng cụ tách bóc vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ rõ phần xương lồi.
- Cắt lồi xương:

+ Dùng đục hoặc khoan cắt loại bỏ phần xương lồi.
+ Dùng mũi khoan tròn mài nhẵn bề mặt xương vừa cắt.

- Cầm máu: dùng sáp hoặc đốt điện.
- Khâu đóng niêm mạc màng xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ

PHẪU THUẬT LÀM SÂU NGÁCH TIỀN ĐÌNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm sâu ngách tiền đình là phẫu thuật làm tăng độ sâu ngách tiền đình trong các trường hợp ngách tiền đình nông.

Ngách tiền đình nông phần lớn là tình trạng sống hàm bị teo do mất nhiều răng lâu ngày. Ngách tiền đình nông còn là hậu quả của chấn thương và phẫu thuật một số bệnh lý vùng hàm mặt...

II. CHỈ ĐỊNH

Ngách tiền đình nông không mang được hàm giả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Xi măng phẫu thuật.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

4. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Rạch niêm mạc: Dùng dao rạch niêm mạc tại ranh giới giữa lợi dính và lợi di động bắt đầu từ ranh giới giữa lợi dính và lợi di động theo hình thang hoặc hình chữ nhật; Đường rạch sao cho hết chiều dày niêm mạc nhưng không qua màng xương.
- Bóc tách vạt niêm mạc: Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách vạt niêm mạc không bao gồm màng xương và đẩy theo hướng từ sống hàm về phía ngách tiền đình sao cho đỉnh vạt niêm mạc nằm ở vị trí sâu nhất của ngách tiền đình; Cố định vạt niêm mạc.
- Cầm máu.
- Khâu phục hồi.
- Đắp xi măng phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu bằng dao điện.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: chăm sóc tại chỗ vết mổ và điều trị kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU ÁP XE NÔNG VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe nông vùng hàm mặt là các ổ mủ khu trú ở các vùng giải phẫu định khu nông vùng hàm mặt như vùng má,cơ cắn,mang tai,dưới hàm,dưới lưỡi,sàn miệng…
- Nguyên nhân của các áp xe nông vùng hàm mặt thường do răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe má
- Áp xe vùng cơ cắn
- Áp xe quanh hàm trong
- Áp xe quanh hàm ngoài
- Áp xe dưới hàm
- Áp xe vùng mang tai
- Áp xe vùng dưới cằm
- Áp xe sàn miệng
- Áp xe vùng thái dương…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật phần mềm

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang để xác định răng nguyên nhân và tình trạng ổ mủ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản.

4. Thực hiện kỹ thuật

- Rạch da và niêm mạc. Tuỳ từng trường hợp có thể đi đường trong miệng, ngoài miệng hoặc phối hợp cả hai

+ Đường ngoài miệng: Rạch da theo nguyên tắc dựa trên các mốc giải phẫu, tôn trọng đường thẩm mỹ và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.
+ Đường trong miệng: Rạch niêm mạc dựa trên các mốc giải phẫu, tương ứng với vùng áp xe và đủ rộng để dẫn lưu hết mủ.

- Dẫn lưu mủ:

+ Dùng kẹp đầu tù mở rộng đường rạch vào tới ổ mủ.
+ Dẫn mủ thoát ra ngoài.
+ Dùng dụng cụ thích hợp để kiểm soát ổ mủ.

- Bơm rửa
- Đặt dẫn lưu

- Xử lý răng nguyên nhân nếu có.
- Bơm rửa ngày nhiều lần tuỳ theo mức độ.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tắc dẫn lưu: đặt lại dẫn lưu

PHẪU THUẬT RẠCH DẪN LƯU VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt là tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng cần phải xử trí cấp cứu bằng các đường rạch dẫn lưu.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy lan tỏa vùng miệng - hàm mặt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật phần mềm

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây mê qua đường mở khí quản.

4. Thực hiện kỹ thuật.

4.1. Rạch các đường rạch

* Đối với viêm tấy tỏa lan sàn miệng: Rạch các đường rạch dưới đây:

- Rạch da vùng dưới hàm 2 bên hình móng ngựa, cách bờ nền xương hàm dưới tối thiểu 2cm.
- Rạch da đường giữa vùng dưới cằm cổ theo hướng trước – sau.

* Đối với viêm tấy tỏa lan nửa mặt: Rạch các đường rạch dưới đây:

- Rạch da dọc theo rãnh mũi - má
- Rạch da dọc vùng trước nắp tai
- Rạch da theo đường chân tóc

4.2 Dẫn lưu

- Dùng pince để tách và mở rộng đường dẫn lưu qua các lớp cân cơ tới các vùng hoại tử
- Dùng ngón tay để kiểm soát và mở rộng các vùng hoại tử và lấy bỏ mô bị hoại tử
- Bơm rửa vùng hoại tử bằng các dung dịch sát khuẩn
- Đặt các ống dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu

2. Sau phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu

NẮN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp thái dương hàm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ răng hàm mặt
- Kíp phẫu thuật.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ.

Ghế ngồi có tựa lưng, tựa đầu

2.2. Thuốc và vật liệu

- Băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Thuốc tê….

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn.

3.2. Chuẩn bị người bệnh:

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

3.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

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

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

- Nắn từng bên một:

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

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

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

3.4. Cố định hàm dưới:
- Dùng băng chun băng cằm – đỉnh để cố định hàm dưới.
- Cố định trong thời gian 1 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong khi làm thủ thuật: Choáng do đau: tạm dừng và điều trị chống choáng

ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm lợi loét hoại tử cấp có thể không liên quan với các bệnh lợi khác nhưng cũng có thể gặp ở các người bệnhviêm lợi mạn.
- Viêm lợi loét hoại tử cấp hay gặp ở những người suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng và vệ sinh răng miệng kém.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm lợi loét hoại tử cấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ răng hàm mặt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ nha chu
- Bộ dụng cụ khám
- Các thuốc điều trị.

3. Người bệnh

Được giải thích các vấn đề liên quan tới bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông
- Giảm đau tại chỗ
- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương
- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm
- Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm
- Cho người bệnhxúc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
- Cho người bệnhxúc miệng chlohexidine 0,12 % , mỗi ngày 2 lần.
- Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.
- Lưu ý:

+ Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu

+ Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần

+ Hướng dẫn người bệnh:

* Xúc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với oxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
* Xúc miệng chlohexidine 0,12 % , mỗi ngày 2 lần
* Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị
* Hạn chế chải răng

* Tránh gắng sức quá mức.
Lần 2: Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng người bệnh và tình trạng tổn thương
- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục
- Hướng dẫn người bệnh như lần 1.
Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày
- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng
- Hướng dẫn người bệnh:
+ Ngừng xúc miệng nước oxy già
+ Duy trì xúc miệng chlohexidine 0,12 % thêm 2 đến 3 tuần
+ Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

CHƯƠNG VIII: TAI – MŨI – HỌNG

BƠM HƠI VÒI NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bơm hơi vòi nhĩ là thủ thuật bơm không khí qua vòi nhĩ để làm thông thoáng vòi nhĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ (vòi Eustachi).

III. III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có viêm mũi họng cấp, viêm VA, viêm xoang sau có mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ

  Bộ bơm hơi vòi nhĩ:

  + Một quả bóng cao su Politzer nối với một ống cao su có một đầu khít lỗ mũi.
  + Một ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50 cm hai đầu có núm nhựa.
  + Que tăm bông cong, bông.
- Thuốc: thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có hai cách

1. Dùng bóng cao su: đơn giản, thường làm ở người lớn.

- Cho người bệnh ngậm 1 ngụm nước và chỉ nuốt khi có lệnh của thầy thuốc.
- Đặt đầu ống cao su ở bóng Politzer khít vào lỗ mũi bên vòi tai bị tắc, lấy tay bít kín lỗ mũi còn lại.
- Ra lệnh cho người bệnh nuốt nước đồng thời bóp mạnh bóng.
- Cần làm vài lần để duy trì.

2. Dùng ống thông Itard

- Dùng que bông cong thấm thuốc tê niêm mạc (xylocain 3% - 6%) gây tê ở loa vòi trong 5 - 10 phút.
- Đặt đầu cong của ống Itard sát sàn mũi từ từ đẩy ống từ trước ra sau tới sát thành sau họng thì rút lại ống về phía thầy thuốc 1,5 cm đồng thời quay ống thông 90o lên phía trên và ra ngoài. Đầu ống lướt qua loa vòi để rơi vào hố miệng vòi.
- Bơm hơi và kiểm tra.
- Rút ống Itard theo chiều ngược lại.

Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu.

- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ.
- Tràn khí: ngừng thông và theo dõi, không khí sẽ hết nhanh.
- Viêm tai giữa cấp: điều trị viêm tai giữa.

LẤY DỊ VẬT TAI GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
  + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
  + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
  + Dùng nước ấm 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.

LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37 - 38^{o}C).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
  + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
  + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
  + Dùng nước ấm 37^{o}C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
  + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
  + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai 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.

CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch màng nhĩ là thủ thuật nhằm dẫn lưu dịch hoặc mủ trong hòm nhĩ chảy ra.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai giữa cấp ứ mủ hoặc đã vỡ mủ nhưng lỗ thủng quá nhỏ không đủ để dẫn lưu.
- Viêm tai ứ dịch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nghi có u cuộn cảnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.
- Dao chích rạch màng nhĩ.

3. Người bệnh

- Người lớn và trẻ lớn: ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.
- Trẻ bé: dùng khăn quấn chặt, một người bế và một người giữ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tay trái đặt ống soi tai xác định rõ vị trí màng tai.
- Tay phải cầm dao chích nhĩ rạch một đường dài 2-3 mm ở 1/4 sau dưới màng nhĩ dọc theo đường rìa, giữa cán búa và khung nhĩ, mũi dao chỉ rạch màng nhĩ không đi sâu làm tổn thương đến thành trong (trong sau) sau hòm nhĩ. Rạch xong có dịch hoặc mủ chảy ra: lau hoặc hút sạch.
- Đặt 1 tente (miếng gạc nhỏ được gấp nhọn một đầu) tẩm dung dịch kháng sinh (chloramphenicol) vào ống tai ngoài, đầu tente chạm vào màng nhĩ để dẫn lưu. Rút tente sau 24 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chích rạch sai vị trí có thể gây:

- Tổn thương xương con.
- Tổn thương cửa sổ tròn.
- Tổn thương ống tai ngoài.

PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ (1 BÊN, 2 BÊN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò luân nhĩ bẩm sinh. Lỗ rò thường nằm ở vùng trước tai, ống rò chạy vào trong và kết thúc bằng túi rò sát vùng sụn gờ luân nhĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối:

- Đường rò bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường rò.
- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.
- Thuốc: xylocain 2%, xanh methylen.

3. Người bệnh

Cạo tóc bên tai phẫu thuật. Có thể phẫu thuật cả hai bên nếu người bệnh bị rò hai bên.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm trên bàn mổ, đầu nghiêng về bên đối diện.

2. Vô cảm

Gây mê hoặc gây tê tại chỗ (bằng xylocain 2%). Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò. Bơm xanh methylen vào đường rò hoặc không bơm tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

3. Kỹ thuật

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy miệng lỗ rò. Bóc tách đường rò theo chỉ thị màu của xanh methylen. Lấy toàn bộ đường rò.
- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.
- Băng ép.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Thay băng 2 ngày một lần.
- Kháng sinh 5 - 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong phẫu thuật: không có tai biến gì đáng kể.
- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

- Viêm sụn vành tai.
- Nếu lấy không hết chân đường rò, rò và viêm nhiễm sẽ tái phát, phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò.

VÁ NHĨ BẰNG NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

Vá nhĩ là phẫu thuật tái tạo lại màng nhĩ thủng. Lý do chính tiến hành phẫn thuật này là để tránh các nhiễm khuẩn tái diễn. Thông thường, vá nhĩ được tiến hành dưới kính hiển vi phẫu thuật, gần đây một số tác giả sử dụng chung hệ thống nội soi mũi cho phẫu thuật tai.

II. CHỈ ĐỊNH

Lý tưởng nhất là thủng nhĩ nhỏ, khô và ống tai rộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trạng thái vòi nhĩ không tốt ở tai đối diện: viêm dính, không nghe được hoặc nghe rất kém.
- Lỗ thủng xâm lấn vào xương búa hoặc thủng đến rãnh nhĩ.
- Chảy tai kéo dài.
- Nghi ngờ có cholesteatoma xâm lấn vào trung nhĩ.
- Nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con.
- Có dấu hiệu lâm sàng và Xquang nghi ngờ có viêm nhiễm ở xương chũm và thượng nhĩ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi.

2. Phương tiện

- Ống nội soi cứng 0 độ.
- Dao vi phẫu để rạch vạt da ống tai.
- Bóc tách, que nhọn vi phẫu.
- Kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu.
- Ống hút vi phẫu.
- Thuốc gây tê.

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ những tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.
- Được làm thuốc tai và cắt tóc cao về phía sau trên của vành tai cách đường chân tóc 2 cm.
- Làm các xét nghiệm thông thường: công thức máu, xét nghiệm đông máu, đường máu, urê máu.
- Hỏi kỹ bệnh nội khoa khác: tăng huyết áp, đái đường, lao, đặc biệt là tình trạng dị ứng thuốc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

2. Vô cảm

Người bệnh được tiền mê và gây tê tại chỗ. ống tai ngoài được gây tê bằng dung dịch Octocain với khoảng 1 ml thuốc, tiêm ở vị trí 3g cách khung nhĩ khoảng 5mm đồng thời

sử dụng loa soi tai khi tiêm để thuốc tê có thể khuếch tán đều trong ống tai và màng nhĩ. Không nên gây tê nhiều điểm trong ống tai dễ gây chảy máu và rách vạt da.

3. Kỹ thuật

Trước tiên, lấy cân cơ thái dương qua đường sau tai hay đường ngang trên vành tai và làm khô. Tiếp theo, một tay giữ cố định ống nội soi 0 độ và tay kia thao tác theo các bước sau:

Bước 1:Làm tươi rìa lỗ thủng phải được tiến hành hệ thống bằng cách sử dụng que nhọn lấy viền lỗ thủng. Bước này rất quan trọng vì nó loại bỏ vùng biểu bì của rìa lỗ thủng nối với lớp niêm mạc, tức là lấy vùng ức chế sẹo để giúp cho quá trình đóng lỗ thủng được nhanh chóng.

Bước 2:Bóc tách và nâng vạt da ống tai - màng nhĩ. Sử dụng dao tròn vi phẫu rạch da ống tai theo hình vòng cung cách vòng xơ 3mm, Lý tưởng, đường rạch đi từ vị trí 12 giờ - 3 giờ - 6 giờ ở tai trái và 12 giờ - 9 giờ - 6 giờ ở tai phải, Bóc tách da từ từ ra khỏi ống tai xương, sao cho tránh chảy máu nhiều và tránh rách vạt da. Bước này kết thúc khi vạt da được bóc tách sát vòng xơ.

Bước 3:Nâng vòng xơ và rạch niêm mạc tai giữa. Toàn bộ vạt da ống tai và màng nhĩ được nâng khỏi khung nhĩ.

Bước 4:Giải phóng vạt da ống tai - màng nhĩ khỏi cán búa bằng bóc tách nhọn, đôi khi cán búa di lệch vào ụ nhô.

Bước 5:Đặt mảnh vá theo kỹ thuật trong lớp xơ. Cân cơ thái dương với kích thước thích hợp được đưa vào ống tai. Với que nhọn, mảnh ghép được trượt vào trong hòm nhĩ dưới vạt da ống tai và màng nhĩ đã được nâng trước. Mảnh ghép được đặt dưới cán búa và sử dụng gelaspon làm giá đỡ đặt trong hòm nhĩ.

Đặt lại vạt da, chèn gelaspon quanh bờ lỗ thủng và đặt bấc ống tai.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Đau sau mổ: thường đau mức độ vừa, có thể cho thuốc giảm đau trong khoảng 2 - 3 ngày. Nếu đau dữ dội, phải đề phòng tụ máu hay nhiễm trùng.
- Kháng sinh dự phòng: đường tiêm hay đường uống với thời hạn 5 ngày.
- Thay băng trong 24 giờ: quan sát tình trạng vành tai và quanh tai phát hiện tụ máu và nhiễm khuẩn sớm.
- Rút bấc và cắt chỉ sau 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu: cắt vài mũi chỉ, hút máu đọng, tiêm thuốc cầm máu và băng ép.
- Nhiễm khuẩn: nếu vết mổ sưng nề nên rửa sạch, dùng kháng sinh nhóm quinolon.
- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần).

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt ống thông khí màng nhĩ là một phẫu thuật can thiệp trên màng nhĩ nhằm đảm bảo sự thông khí và dẫn lưu dịch trong hòm tai trong trường hợp có hiện tượng rối loạn chức năng vòi nhĩ.
- Phẫu thuật này chỉ được coi là giải pháp tạm thời cần phải phối hợp với các biện pháp điều trị nguyên nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai thanh dịch.
- Tắc vòi nhĩ do V.A.
- Tắc vòi nhĩ do u vòm mũi họng (như K vòm).
- Viêm tai giữa, lỗ thông quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cân nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

2. Phương tiện

- Ống nội soi 0o dài 18 cm, loại 4 mm đường kính dành cho người lớn, loại 2,7 mm dành cho trẻ em.
- Nguồn sáng, camera.
- Bộ dụng cụ vi phẫu: 1 kẹp phẫu tích thẳng, 1 que nhọn, 1 dao trích màng nhĩ, 1 bộ ống hút vi phẫu.
- Ống thông khí màng nhĩ: từ 1 đến 2 chiếc (trên 12 tuổi dùng ống có đường kính 1,27 mm, dưới 12 tuổi dùng ống có đường kính 1,14 mm).
- Bơm tiêm gây tê.
- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1ống.

3. Người bệnh

Đối với trẻ em thì gây mê toàn thân, gây tê tại chỗ đối với người lớn.

4. Hồ sơ bệnh án

- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (công thức máu; đông máu cơ bản; chức năng gan, thận).
- Đo thính lực, nhĩ lượng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt ống nội soi vào ống tai, chỉnh cho màng nhĩ nằm đúng hướng và chính giữa màn hình.
- Gây tê da ống tai: gây tê kiểu tiêm thấm dưới da sao cho da sàn ống tai đến sát bờ màng nhĩ chuyển sang màu trắng mà không được phồng rộp.

- Rạch màng nhĩ ở góc trước dưới bằng dao lưỡi liềm, chiều dài đường rạch từ 1,5 - 2 mm tùy loại ống thông khí.
- Đặt ống thông khí qua lỗ trích rạch theo kiểu cài khuy áo bằng kẹp phẫu tích vi phẫu hoặc bằng que nhọn.

VI. THEO DÕI

Tình trạng toàn thân, tại chỗ do dị ứng thuốc tê có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến lúc mổ

Chảy máu: cần hút sạch, đặt bông adrenalin 0,1% chờ trong khoảng 10 phút, nếu máu ngưng chảy có thể tiếp tục phẫu thuật.

2. Tai biến sau mổ

- Tụt ống thông khí: nếu vẫn còn dịch thì cần đặt lại.
- Tắc ống thông khí: nội soi hút sạch chất bít tắc.
- Viêm tai mủ: do khâu vô khuẩn lúc đặt ống không đảm bảo hoặc do viêm mũi họng cấp hoặc do dị ứng ống thông khí. Đối với trường hợp này phải điều trị bằng cách làm thuốc tai và rỏ thuốc tại chỗ đồng thời điều trị nguyên nhân.

3. Tai biến muộn

- Điếc tiếp nhận: hiếm gặp, hiện nay chưa giải thích được nguyên nhân.
- Cholesteatoma sau mổ do lớp biểu bì màng nhĩ cuộn vào: xử trí bằng cách rút ống, mở hòm nhĩ lấy sạch bệnh tích và vá nhĩ.

NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37 - 38^{o}C).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
  + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
  + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
  + Dùng nước ấm 37^{o}C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
  + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
  + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai 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.

NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

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

II. CHỈ ĐỊNH

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ lấy dị vật.
- Nước ấm (khoảng 37 - 38^{o}C).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
  + Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.
  + Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
  + Dùng nước ấm 37^{o}C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
  + Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.
  + Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai 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.

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.

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.

PHƯƠNG PHÁP PROETZ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.
- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.
- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê để buồm hàm đậy kín đường xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng. Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

HÚT RỬA MŨI, XOANG SAU MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng nước muối sinh lý rửa mũi xoang sau mổ để điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Sau phẫu thuật mũi xoang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
  + 01 soi mũi.
  + 01 dây cao su nối liền với kim.
  + 01 bơm tiêm 50 ml.
  + 01 khay quả đậu.
  + 01 khăn nilon và khăn vải.
- Thuốc: xylocain 6 - 10%.

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích kỹ trước.
- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuốn dưới về phía sau 2 cm).

2. Kỹ thuật

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, dùng ống hút hút dịch đọng và lấy vảy máu trong hốc mổ.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
- Theo dõi chảy máu, sốc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.
- Chảy máu: Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

LẤY DỊ VẬT MŨI

A. LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY TÊ)

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 ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
  + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
  + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
  + Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
  + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
  + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
  + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tuỳ 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, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

B. LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY MÊ)

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 ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
  + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
  + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.

+ Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
+ Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
+ Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
+ Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tuỳ 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, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

C. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY TÊ)

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 ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
  + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
  + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
  + Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
  + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
  + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
  + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tuỳ 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, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

D. NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI (GÂY MÊ)

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 ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
  + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
  + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
  + Đặt vào mũi bấc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
  + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
  + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
  + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tuỳ 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, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

BẺ CUỐN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bẻ cuốn mũi là thủ thuật nhằm ép cuốn dưới vào sát vách mũi xoang (khe dưới) giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua đường mũi đối với người bệnh bị ngạt nhiều nhưng niêm mạc cuốn còn co hồi với thuốc co mạch

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi bị vẩu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị hình vách ngăn làm hốc mũi quá hẹp không có đường đưa dụng cụ vào.
- Đang viêm mũi xoang cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Kéo cong to bản đầu tù hoặc đầu tày to bản.
  + Banh mũi.
  + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)
  + Que bông, bấc, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỷ lệ 1: 20.000).

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về bệnh và các bước tiến hành thủ thuật.
- Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- Đây là một thủ thuật khá đau, người bệnh có thể được tiền mê.
- Gây tê tại chỗ (xylocain 6 - 10%) khắp bề mặt cuốn dưới, ngách dưới (đặt bấc 15 phút).

2. Kỹ thuật

- Dùng kéo cong dày, đưa đầu kéo vào sát thành sau họng, bờ cong của kéo ôm lấy lưng cuốn và bờ tự do của cuốn, kéo lùi ra trước khoảng 1- 2 cm.
- Nếu người bệnh ngồi thì ôm đầu người bệnh tì vào ngực thầy thuốc, nếu người bệnh nằm thì phải cố định đầu (giữ đầu).
- Bẻ từ từ, từ đuôi cuốn đến đầu cuốn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu.
- Sốc do thuốc, do đau.

- Nhiễm khuẩn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: chống sốc.
- Chảy máu: tùy theo mức độ có thể nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

NỘI SOI BẺ CUỐN MŨI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bẻ cuốn mũi là thủ thuật nhằm ép cuốn dưới vào sát vách mũi xoang (khe dưới) giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua đường mũi đối với người bệnh bị ngạt nhiều nhưng niêm mạc cuốn còn co hồi với thuốc co mạch và cuốn bị vẩu.

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi bị vẩu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị hình vách ngăn làm hốc mũi quá hẹp không có đường đưa dụng cụ vào.
- Đang viêm mũi xoang cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

Dụng cụ:

Kéo cong to bản đầu tù hoặc đầu tày to bản.

Banh mũi.

Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán)

Que bông, bấc, bông y tế.

Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỷ lệ 1: 20.000).

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về bệnh và các bước tiến hành thủ thuật.
- Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê).

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Đây là một thủ thuật khá đau, người bệnh có thể được tiền mê.

Gây tê tại chỗ (xylocain 6 - 10%) khắp bề mặt cuốn dưới, ngách dưới (đặt bấc 15 phút).

2. Kỹ thuật

- Dùng kéo cong dày, đưa đầu kéo vào sát thành sau họng, bờ cong của kéo ôm lấy lưng cuốn và bờ tự do của cuốn, kéo lùi ra trước khoảng 1- 2 cm.
- Nếu người bệnh ngồi thì ôm đầu người bệnh tì vào ngực thầy thuốc, nếu người bệnh nằm thì phải cố định đầu (giữ đầu).
- Bẻ từ từ, từ đuôi cuốn đến đầu cuốn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu.
- Sốc do thuốc, do đau.
- Nhiễm khuẩn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: chống sốc.
- Chảy máu: tùy theo mức độ có thể nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL (2 BÊN)

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật đặt merocel vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi lần đầu, chảy máu mũi trong trường hợp chưa có chỉ định nội soi cầm máu mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước, nếu không tự cầm máu mới cầm máu mũi bằng merocel.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc 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 tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2 Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

3.3 Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.
- Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.

- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

VI. THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng merocel cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT (BẠC NITRAT)

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật dùng bạc nitrat đốt điểm mạch nhằm cầm máu mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu điểm mạch mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.
- Dung dịch bạc nitrat

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 tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2 Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

3.3 Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng bông tẩm bạc nitrat đốt điểm mạch chảy máu.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

VI. THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

CHỌC RỬA XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

– Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

– Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.
– Chọc thăm dò để chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

– Viêm xoang cấp.
– Viêm xoang polyp quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.
– Dị dạng xoang.
– Người bệnh có bệnh về máu.
– Người có thai hoặc đang hành kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

2. Phương tiện

– Dụng cụ:
  + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
  + 01 soi mũi.
  + 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.
  + 01 dây cao su nối liền với kim.
  + 01 bơm tiêm 50 ml.
  + 02 que bông để gây tê.
  + 01 khay quả đậu.
  + 01 khăn nilon và khăn vải.
– Thuốc: xylocain 6 - 10%.

3. Người bệnh

– Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu. Người bệnh được giải thích kỹ trước.
– Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.
Chụp phim Blondeau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuốn dưới về phía sau 2 cm).

2. Kỹ thuật

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuốn dưới 0,5 - 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuốn mũi dưới.
- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rỗng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
- Rút trôca và đặt bông ép trong 3 phút.
- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
- Theo dõi chảy máu, sốc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: nằm đầu thấp, chống sốc.
- Chảy máu: do đặt kim không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng hướng.
- Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.
- Lỗ thông xoang ở khe giữa bị tắc: dùng kỹ thuật chọc 2 kim.

NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Xịt hoặc đặt thuốc tê niêm mạc tại chỗ.

2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

3. Kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

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

2. Xử trí

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

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

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Xịt tê hoặc đặt tê tại chỗ.

2. Tư thế

Người bệnh nằm, đầu hơi ngửa ra sau.

3. Kỹ thuật

- Hút máu đông ở hai bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.
- Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng, kéo qua mồm bằng 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 bên chảy máu (hoặc merocel).
- Cố định cuộn bấc bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.
- Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.
- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Giảm đau cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.
- Rút bấc sau 48 giờ.

2. Xử trí

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

NẮN CHỈNH HÌNH THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật nhằm đưa xương chính mũi về vị trí cũ, dựng lại vách ngăn cho thẳng.

II. CHỈ ĐỊNH

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gẫy xương chính mũi đi kèm chấn thương sọ não phải tạm thời ngừng xử trí để giải quyếtsọ não và chấn thương trước, sau đó mới chỉnh lại xương chính mũi bị gẫy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên,người phụ thứ hai giữ đầu.

2. Phương tiện

- 01 cặp khuỷu.
- 01 bay to và đủ cứng, kìm nâng sống mũi cuốn (Asch - Walsham).
- 01 soi mũi.
- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.
- Khăn, bấc nhét mũi có tẩm dầu.
- Gạc có tẩm bột thạch cao hoặc nhựa bột (nhựa nhanh cứng).
- Ống hút và máy hút.

3. Người bệnh

- Chụp phim Blondeau, Hirtz, mũi nghiêng (tia mềm hơn).
- Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.
- hường xử trí chấn thương gẫy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bấc có thấm dung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hõm mũi hai bên.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê

2. Đối với gẫy kín

- Đặt bấc có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên, sau 10 phút rút ra. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.
- Rút bấc ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gẫy về vị trí cũ.
- Nhét một bấc có thấm dầu parafin lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại.
- Nếu bên kia cũng gẫy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bấc phải chỉnh lại vách ngăn cho cân đối.

– Làm một máng bằng bột thạch cao và gạc ra phía ngoài (hoặc nhựa) theo khuôn của mũi để đỡ khung cho mũi. Nẹp bột này được giữ 1 tuần rồi bỏ ra, rút bấc mũi sau 2 ngày.

3. Đối với xương chính gẫy hở

– Phải xếp lại xương gẫy về vị trí cũ.
– Độn gạc giữ phía bên trong mũi.
– Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ, da.
– Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

VI. THEO DÕI

– Dùng kháng sinh toàn thân, nhỏ mũi bằng Argyrol 3%.
– Nếu gẫy hở, bẩn, cần tiêm S.A.T.
– Làm thuốc mũi: hút dịch, khí dung mũi, luôn không để dính.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: nhét lại bấc cho chặt.
– Xương không liền tốt, can xấu: đập can, nắn lại.
– Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.
– Viêm xoang do ứ đọng.

NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI SAU CHẤN THƯƠNG GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật nhằm đưa xương chính mũi về vị trí cũ, dựng lại vách ngăn cho thẳng.

II. CHỈ ĐỊNH

Xương chính và vách ngăn bị vỡ sau chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gẫy xương chính mũi đi kèm chấn thương sọ não phải tạm thời ngừng xử trí để giải quyết sọ não và chấn thương trước, sau đó mới chỉnh lại xương chính mũi bị gẫy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Phẫu thuật viên đeo đèn Clar, người phụ thứ nhất đứng đối diện với phẫu thuật viên, người phụ thứ hai giữ đầu.

2. Phương tiện

- 01 cặp khuỷu.
- 01 bay to và đủ cứng, kìm nâng sống mũi cuốn (Asch - Walsham).
- 01 soi mũi.
- 02 chén đựng thuốc sát trùng và thuốc tê.
- Khăn, bấc nhét mũi có tẩm dầu.
- Gạc có tẩm bột thạch cao hoặc nhựa bột (nhựa nhanh cứng).
- Ống hút và máy hút.

3. Người bệnh

- Chụp phim Blondeau, Hirtz, mũi nghiêng (tia mềm hơn).
- Người bệnh có choáng: chống choáng cho người bệnh trước.
- Thông thường xử trí chấn thương gẫy xương chính mũi là gây tê tại chỗ. Tẩm một đoạn bấc có thấm dung dịch thuốc tê niêm mạc và co mạch và đặt vào mũi. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách hõm mũi hai bên.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê

2. Đối với gẫy kín

- Đặt bấc có thấm thuốc tê tại chỗ và co mạch ở ngách trên, sau 10 phút rút ra. Tiêm thuốc tê tại chỗ vào vách ngăn mũi hai bên.
- Rút bấc ra, tay trái giữ banh mũi, tay phải dùng bay đưa lên sát ngách trên rồi từ từ đưa xương bị gẫy về vị trí cũ.
- Nhét một bấc có thấm dầu parafin lên sát ngách trên để đỡ cho xương khỏi sập lại.
- Nếu bên kia cũng gẫy thì tiếp tục làm như trên. Trong khi nhét bấc phải chỉnh lại vách ngăn cho cân đối.

– Làm một máng bằng bột thạch cao và gạc ra phía ngoài (hoặc nhựa) theo khuôn của mũi để đỡ khung cho mũi. Nẹp bột này được giữ 1 tuần rồi bỏ ra, rút bấc mũi sau 2 ngày.

3. Đối với xương chính gẫy hở

– Phải xếp lại xương gẫy về vị trí cũ.
– Độn gạc giữ phía bên trong mũi.
– Khâu phục hồi các bình diện rách: niêm mạc, cơ, da.
– Đặt bột khung (hoặc nhựa nhanh cứng).

VI. THEO DÕI

– Dùng kháng sinh toàn thân, nhỏ mũi bằng Argyrol 3%.
– Nếu gẫy hở, bẩn, cần tiêm S.A.T.
– Làm thuốc mũi: hút dịch, khí dung mũi, luôn không để dính.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: nhét lại bấc cho chặt.
– Xương không liền tốt, can xấu: đập can, nắn lại.
– Ngạt do dính trong hốc mũi: chăm sóc tốt, tách dính.
– Viêm xoang do ứ đọng.

NỘI SOI ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.
- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.
- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.
- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Đông điện
  + Banh mũi.
  + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).
  + Que bông, bấc, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.
- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

2. Kỹ thuật

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.
- Tay phải cầm đông điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).
- Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm

vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.

- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.
- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Khám lại sau 24 giờ.
- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.
- Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.
- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.
- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.
- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.
- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.
- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.
- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.
- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Đông điện
  + Banh mũi.
  + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).
  + Que bông, bấc, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.
- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

2. Kỹ thuật

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.
- Tay phải cầm đông điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).
- Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm

vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.

- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.
- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Khám lại sau 24 giờ.
- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.
- Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.
- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.
- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.
- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.
- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

ĐỐT ĐIỆN CUỐN MŨI DƯỚI GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.
- Hiện nay, với các thiết bị sử dụng laser, sóng cao tần, kỹ thuật này ít được sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.
- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.
- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Đông điện
  + Banh mũi.
  + Nguồn sáng đeo trán (đèn Clar, đèn trán).
  + Que bông, bấc, bông y tế.
- Thuốc: thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.
- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bấc tẩm thuốc tê niêm mạc.

2. Kỹ thuật

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.
- Tay phải cầm đông điện nguội đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2 cm (đuôi cuốn).
- Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhè nhẹ ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm

vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.

- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy, đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.
- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Khám lại sau 24 giờ.
- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.
- Rửa mũi hằng ngày bằng nước muối sinh lý.
- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.
- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương vách ngăn: cho 1 đoạn bấc (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.
- Chảy máu: nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.
- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

NỘI SOI SINH THIẾT HỐC MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong hốc mũi để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của hốc mũi hoặc sàng hàm lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các phình mạch.
- Sa màng não.
- U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
  + Kẹp sinh thiết.
  + Bấc, gelaspon.
- Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bấc).

3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.
- Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz nếu cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
- Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
- Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bấc xylocain.
- Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.
- Đặt gelaspon hoặc bấc cầm máu và rút sau 24 giờ.

VI. THEO DÕI

Rút bấc sau 24 giờ nếu phải nhét bấc mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bấc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải đặt bấc.
- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.
- Sốc: chống sốc.

PHẪU THUẬT CẮT CONCHA BULLOSA CUỐN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt concha bullusa làm giảm thể tích cuốn mũi qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Concha Bullosa ảnh hưởng đến thở đường mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiến hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
  + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
  + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
  + Ống nội soi quang học 0^o hoặc 30^o.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
  + Dao lá lúa.
  + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
  + Bay bóc tách.
  + Ống hút.
  + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
- Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn mũibằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.
- Dùng dao nhọn bổ dọc Concha Bullosa.

- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt bỏ phần xương và niêm mạc phía ngoai của concha bullosa.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bấc mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bấc mũi sau 24 - 48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bấc mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

PHẪU THUẬT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG SÓNG CAO TẦN (COBLATOR)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuốn mũi là các mảnh xương xoắn, mỏng, chúc xuống và nhô ra từ 2 vách mũi. Cuốn mũi được niêm mạc bao bọc làm tăng diện tích bề mặt của mũi lên, do đó giúp cho không khí trước khi vào phổi được sưởi ấm và được làm ẩm nhiều hơn. Phẫu thuật cuốn mũi dưới khi cuốn mũi dưới bị viêm nhiễm lâu ngày to lên gây nghẹt mũi bằng sóng điện cao tần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi dưới bị quá phát thường xuyên.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Thuốc co mạch không còn tác dụng làm co cuốn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu: rối loạn đông, chảy máu.
- Các bệnh về tim mạch và nội khoa khác: chưa kiểm soát được.
- Thiếu máu.
- Nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ và thiết bị của máy Coblator II.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Bấc tẩm thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5% hoặc 1‰).
- Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 6% hoặc 10%.

3. Người bệnh

- Khám kiểm tra mũi xoang qua nội soi, chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang tư thế coronal (mặt phẳng đứng ngang).
- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu như: công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận, điện tâm đồ, siêu âm tim, Xquang phổi...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1 Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn (15^o - 20^o) so với ngực.

- Máy Coblator và dụng cụ phẫu thuật đặt ở bên trái người bệnh. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, monitor đối diện với phẫu thuật viên.

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

- ***Thì 1:*** đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.
- ***Thì 2:***
  + Dùng optic nội soi 0^o kiểm tra toàn bộ hốc mũi và cuốn dưới 2 bên.
  + Đánh giá tình trạng niêm mạc hốc mũi, cuốn mũi, khe mũi, vách ngăn, vòm.
  + Đốt điện cao tần cuốn mũi dưới dưới niêm mạc bằng đầu dò chuyên dụng của máy Coblator II. Dùng đầu điện cực tạo 2 đường vào ở đầu cuốn dưới (ở trên và ở dưới). Mỗi vạch khấc trên đầu điện cực được đốt khoảng 10s (thường thì đầu đốt có 6 vạch khấc). Trước khi đưa đầu điện cực dọc theo thân cuốn dưới, với mỗi vạch khấc nên dừng lại để bôi thêm chất dẫn điện. Lặp lại thủ thuật tương tự ở mũi bên cạnh.
  + Kiểm tra lại hốc mũi 2 bên.
  + Đặt merocel (bấc) vào hốc mũi để chống dính và cầm máu mũi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Thay băng mũi ngoài mỗi ngày 2 lần.
- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi mỗi ngày. Rút merocel (bấc) từ ngày thứ 3 - 6 tùy tình trạng của người bệnh.
- Người bệnh được yêu cầu tái khám sau mỗi tuần trong tháng đầu và 3 tháng sau mổ để đánh giá tình trạng chảy máu, giả mạc, bong giả mạc. Trong tuần đầu, khuyên người bệnh tránh xì mũi mạnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.

Thầy thuốc Tai Mũi Họng và Gây mê tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp bằng phương pháp hiệu quả nhất.

PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

- Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwel-Luc) nằm trong hệ thống phẫu thuật tiệt căn xoang.
- Mở mặt trước của xoang hàm để quan sát trực tiếp, lấy bệnh tích niêm mạc xoang và dẫn lưu xoang qua khe dưới hoặc sinh thiết u trong xoang hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang hàm mạn đã điều trị nội khoa (cả thủ thuật rửa xoang) không kết quả.
- Viêm xoang hàm mạn thoái hóa niêm mạc thành polyp (qua khám hốc mũi) làm tắc lỗ dẫn lưu mũi xoang tự nhiên, polyp trong xoang to.
- Viêm xoang và viêm phế quản, viêm xoang do răng có dò.
- U lành và ác trong xoang hàm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ (chưa thay răng sữa).
- U ác đã xâm lấn ra ngoài thành xoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Trình độ từ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ xoang, máy hút.

3. Người bệnh

Không có tình trạng nhiễm khuẩn cấp không có bệnh về tim, mạch, thần kinh, thể trạng bình thường. Phụ nữ không trong thời kỳ thai nghén, kinh nguyệt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có phim Blondeau.
- Thuốc trước mổ: cầm máu, giảm đau (nếu thực hiện gây tê).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật mở xoang hàm (Caldwel-Luc):

Thì 1: Gây tê hoặc gây mê trẻ em, người già, yếu

- Vùng: hốc chân bướm hàm, lỗ thần kinh dưới ở mắt.
- Tại chỗ: niêm mạc tiền đình lợi môi.

Thì 2: Bộc lộ mặt xoang

- Rạch niêm mạc tiền đình lợi môi từ răng 1-2 đến 5-6 cách lợi chân răng 1-1,5 cm.
- Bóc tách bộ lộ mặt trước xoang (không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt).

Thì 3: Mở xoang

- Dùng đục/ khoan mở vào xoang mặt trước cách 1-1,5 cm, trong tiếp giáp vách ngăn, dưới gần đáy xoang.
- Có thể dùng khoan cắt mở nắp sau khâu cốt mạc đậy lại.

Thì 4: Lấy bệnh tích

- Quan sát, đánh giá bệnh tích
- Lấy bệnh phẩm: mủ/ niêm mạc u.

– Lấy bỏ: polyp/ niêm mạc thoái hóa u/ nang

Thì 5: Mở lỗ thông xoang mũi ở khe dưới

Phá vách xương: 1 x 2 cm, lấy bỏ niêm mạc lỗ thông.

Thì 6: Cầm máu - đóng xoang

– Nhét bấc thấm dầu, kháng sinh xoang, mũi. Nếu nhét 2 bấc phải buộc nối.
– Khâu niêm mạc lợi môi.
– Kiểm tra tình trạng chảy máu ở mũi, họng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

– Tình trạng chảy máu.
– Tháo bấc sau 24-48 giờ.
– Làm thuốc mũi đảm bảo dẫn lưu, thông thoáng.
– Rửa xoang ngày 5-7 lần, ít nhất 1 lần.
– Thời gian nằm viện từ 7-12 ngày.
– Thuốc sau mổ gồm kháng sinh, cầm máu, corticoid, vitamin.

2. Xử trí

– Vỡ thành xương ngăn ở mắt, rách bao nhãn cầu, tụt mở nhãn cầu xuống xoang:
  + Nhét bấc chèn gelaspon để cố định.
  + Cho kháng sinh chống biến chứng viêm ở mắt.
  + Nếu có nhìn đôi, giảm thị lực: phối hợp nhãn khoa.
– Đục, khoan vào chân răng (quá dài, bất thường): sau hậu phẫu gửi khám răng hàm mặt, nếu gãy chân răng hở tủy phải lấy tủy, hàn.
– Chảy máu nhiều:
  + Xác định chảy máu niêm mạc, xương, động mạch.
  + Nếu cầm máu không hiệu quả thì thực hiện thắt động mạch hàm trong, động mạch cảnh ngoài.

PHẪU THUẬT NẠO VA GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo VA là lấy bỏ toàn bộ tổ chức VA và amidan vòi mà không làm tổn thương thành của vòm mũi họng.

II. CHỈ ĐỊNH

- VA quá phát gây cản trở đường thở.
- VA hay bị viêm tái đi tái lại.
- VA gây viêm kế cận.
- Tuổi không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh về máu.
- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Lao sơ nhiễm.
- Trẻ hở hàm ếch.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mở miệng David Boys.
- Dụng cụ nạo VA La Force.
- Ống hút nội soi, kẹp phẫu tích, bấc mũi, thuốc co mạch oxymetazolin, gương soi vòm, sonde Nelaton hoặc dây hút mũi số 6.
- Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...

3. Người bệnh

- Được xét nghiệm máu cơ bản, chụp phim XQ tim phổi, điện tâm đồ, nội soi Tai Mũi Họng và khám trước mổ như thông thường.
- Lấy hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Người bệnh được thực hiện dưới gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch oxymetazolin khoảng từ 3 đến 5 phút.
- Mở miệng bằng bộ dụng cụ David Boys.
- Luồn sonde Nelaton hoặc dây hút mũi qua mũi xuống họng, buộc 2 đầu lại ở phần cửa mũi để kéo lưỡi gà ra trước.
- Dùng gương soi vòm đưa vào miệng sát lưỡi gà quan sát tổ chức V.A.
- Đưa dụng cụ nạo V.A qua đường miệng đến vòm, tỳ sát tổ chức V.A. Nạo V.A bằng dụng cụ nạo La Force. Tiến hành nạo hết tổ chức V.A, không làm tổn thương thành sau của vòm mũi họng.

- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấn sát lên trần vòm trong 1 - 2 phút.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1-2 giờ mới cho ăn.
- Theo dõi các tai biến khác.
- Khám lại sau một ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

- Nạo chưa hết: nạo lại.
- Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng ống hút đông điện, hoặc Bipolar, dùng kháng sinh và theo dõi.
- Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.

2. Nhiễm khuẩn

Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5‰ hoặc 1‰).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.
- Tìm nguyên nhân chảy máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra ngườibệnh

3. Kỹ thuật

3.1 Tư thế

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20^{o} so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

3.3 Kỹ thuật

Thì 1:

Rút bấc trong mũi nếu có.

Thì 2:

Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.

Thì 3:

- Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
- Đánh giá tình được tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
- Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

- Kiểm tra lại hốc mũi.
- Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CUỐN DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm giảm thể tích cuốn mũi dưới qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

Trong phạm vi bài này trình bày kỹ thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới...

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi dưới quá phát to, co hồi kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiến hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
  + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
  + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
  + Ống nội soi quang học 0^o hoặc 30^o.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
  + Dao lá lúa.
  + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
  + Bay bóc tách.
  + Ống hút.
  + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
- Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.

- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.
- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn dưới từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần định cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.
- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bấc mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bấc mũi sau 24 - 48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bấc mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có)

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI GÂY MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp gây ngạt tắc mũi.
- Polyp gây rối loạn thông khí vòi nhĩ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).
- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.
- Thòng lọng cắt polyp.
- Banh mũi (Puplan, Killian).
- Dao cắt hút (micro debrider).

2. Người bệnh

Được giải thích về kỹ thuật, hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cắt polyp bằng thòng lọng

1.1 Chỉ định

Polyp là một khối riêng biệt có cuống ở phần trước hốc mũi, và khe giữa có thể tách thòng lọng vào được.

1.2 Kỹ thuật

- Banh mũi bằng banh Killian.
- Thăm dò bằng que thăm dò.
- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.
- Đưa dần thòng lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.
- Thắt dần thòng lọng để chẹn cuống polyp.

2. Cắt polyp bằng kìm Luc

2.1 Chỉ định

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.
- Polyp do thoái hóa cuốn.

2.2 Kỹ thuật

- Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.
- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.
- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).
- Đặt bấc mũi hai bên.

3. Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)

3.1 Chỉ định

Tất cả các loại polyp mũi.

3.2 Kỹ thuật

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 300 cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.
- Đặt bấc mũi/merocel.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bấc.
- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.
- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.
- Rút bấc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT POLYP MŨI GÂY TÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp gây ngạt tắc mũi.
- Polyp gây rối loạn thông khí vòi nhĩ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).
- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.
- Thòng lọng cắt polyp.
- Banh mũi (Puplan, Killian).
- Dao cắt hút (micro debrider).

2. Người bệnh

Được giải thích về kỹ thuật, hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cắt polyp bằng thòng lọng

1.1 Chỉ định

Polyp là một khối riêng biệt có cuống ở phần trước hốc mũi, và khe giữa có thể tách thòng lọng vào được.

1.2 Kỹ thuật

- Banh mũi bằng banh Killian.
- Thăm dò bằng que thăm dò.
- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.
- Đưa dần thòng lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.
- Thắt dần thòng lọng để chẹn cuống polyp.

2. Cắt polyp bằng kìm Luc

2.1 Chỉ định

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.
- Polyp do thoái hóa cuốn.

2.2 Kỹ thuật

- Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.
- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.
- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).
- Đặt bấc mũi hai bên.

3. Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)

3.1 Chỉ định

Tất cả các loại polyp mũi.

3.2 Kỹ thuật

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 300 cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.
- Đặt bấc mũi/merocel.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bấc.
- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.
- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.
- Rút bấc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm giảm thể tích cuốn mũi dưới qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi dưới quá phát to, co hồi kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiến hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
  + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
  + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
  + Ống nội soi quang học 0^o hoặc 30^o.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
  + Dao lá lúa.
  + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
  + Bay bóc tách.
  + Ống hút.
  + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
- Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.

- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn dưới từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần định cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.
- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bấc mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bấc mũi sau 24 - 48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bấc mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chỉnh hình vách ngăn là một phẫu thuật xén sụn và xương vách ngăn dưới niêm mạc nhằm tạo lại một vách ngăn thẳng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả những dị hình vách ngăn gây cản trở thông khí của mũi, cản trở sự dẫn lưu của mũi xoang, vẹo gây kích thích nhức đầu, cản trở đường vào của phẫu thuật nội soi xoang.
- Dị hình gây viêm xoang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm mũi xoang cấp.
- Không nên phẫu thuật ở trẻ em dưới 16 tuổi (trừ trường hợp chấn thương).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Dao nhỏ và nhọn số 11 và 15.
  + Các bóc tách nhỏ đầu tù và sắc.
  + Dao xén sụn của Ballanger.
  + Kẹp Luc các cỡ.
  + Kìm gặm sụn của Jansen.
  + Đục xương lưỡi đuôi én.
  + Đục xương thẳng và lòng máng các cỡ.
  + Banh mũi nhọn ngắn và dài.
  + Banh cửa mũi của Palmer, kìm mang kim.
  + Chỉ catgut 5.0, nẹp mũi.
  + Máy hút, ống hút.
  + Bộ nội soi.
- Thuốc: xylocain 1- 2% có pha adrenalin 0,1%.

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản.
- Vệ sinh hốc mũi, cắt lông cửa mũi.
- Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- Tiền mê và gây mê hoặc gây tê cục bộ dưới niêm mạc, tiêm 4 điểm vào mỗi bên vách ngăn, tiêm từ trong sâu ra dần phía cửa mũi. Đưa đầu kim vào tới dưới màng sụn rồi bơm thuốc làm phồng trắng niêm mạc.

– Có thể gây mê nội khí quản nếu có điều kiện.

2. Kỹ thuật

Thì 1: **Rạch niêm mạc**

Rạch niêm mạc vách ngăn vào tới màng sụn theo một đường hơi cong từ sống mũi đến sàn mũi, cách tiền đình mũi 1 - 1,5 cm.

Thì 2: **Bóc tách niêm mạc**

Dùng bóc tách nhỏ và tù để bóc tách niêm mạc, màng sụn ra khỏi sụn. Sau đó rạch đứt sụn và tiếp tục bóc tách niêm mạc, màng sụn vách ngăn bên đối diện.

Thì 3: **Bộc lộ vách ngăn sụn và xương**

Dùng banh mũi kiểu Vacher đưa vào hốc mũi bên phẫu thuật, banh hai mặt niêm mạc sang hai bên để sụn và xương vách ngăn nằm chính giữa.

Thì 4: **Cắt bỏ phần sụn vách ngăn bị vẹo**

Nếu sụn vách ngăn có thể sử dụng lại được thì đặt lại (cố gắng bảo tồn sụn tối đa).

Thì 5: **Cắt bỏ phần xương vẹo hoặc gai gờ vách ngăn**

Thì 6: **Đục bỏ phần chân của vách ngăn**

Thì 7: **Đặt lại niêm mạc, khâu phục hồi**

Đặt merocel hoặc đặt mảnh ép vách ngăn. Nhét bấc tẩm dầu và kháng sinh vào hốc mũi hai bên.

VI. THEO DÕI

– Theo dõi toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp sau phẫu thuật, chảy máu.
– Dùng kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.
– Rút bấc và phim nhựa sau 3 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Rách niêm mạc vách ngăn

– Rách một bên: xếp lại niêm mạc ngay ngắn.
– Rách hai bên tại cùng một điểm: cắt một mảnh sụn đặt chêm vào giữa chỗ rách rồi ép niêm mạc lại.

2. Chảy máu

Dùng thuốc cầm máu, đôi khi cần đặt lại bấc.

3. Tụ máu vách ngăn

Chích rạch tháo khối tụ máu sau đó nhét lại bấc mũi để chèn vào vùng đó. Chú ý cho dùng kèm kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí để phòng hoại tử gây thủng vách ngăn.

4. Di chứng

– Thủng vách ngăn, dính vách ngăn và cuốn dưới, sập sống mũi.
– Xử trí cần phẫu thuật chỉnh hình lại.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ CÁC XOANG SÀNG, HÀM, TRÁN, BƯỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở các xoang sang, hàm, trán, bướm là phẫu thuật tạo nên một trạng thái giải phẫu cho phép các xoang có thể tự dẫn lưu, nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông - nhầy, đưa niêm mạc của xoang trở lại trạng thái bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý của xoang hàm, sang, trán, bướm:

- Viêm xoang tái phát nhiều lần.
- Viêm xoang do nấm, do răng.
- Dị vật xoang.
- Polyp đơn độc mũi xoang (polyp Killian).
- U nang, u lành tính xoang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như suy thận, các bệnh lý về máu,..

2. Chống chỉ định tương đối

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu.
  + Đông máu cơ bản.
  + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, đầu cao hơn ngực (10-15^{o}).
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5. Kỹ thuật

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát của dây thần kinh khẩu cái trên.
- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kìm cắt ngược hoặc dao hút - cắt (Micro debrider, hummer).
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang hàm qua lỗ thông xoang.
- Mở bóng sàng từ sau ra trước bằng currette.
- Mở rộng lỗ thông xoang sàng bằng dao hút - cắt (Micro debrider, hummer), vào xoang sàng trước, sang sau.
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang sàng qua lỗ thông xoang.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại I: vùng ngách trán còn được giữ nguyên, phẫu thuật được thực hiện khi người bệnh có mỏm móc bám vào sàn sọ hoặc cuốn mũi giữa làm hẹp ngách trán. Trong trường hợp này, cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa. Khi phần trên của mỏm móc được lấy đi, ngách trán sẽ được mở thông nếu không có các cấu trúc lân cận làm tắc nghẽn như tế bào đê mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại II: mở rộng ngách trán bằng phẫu tích lấy các vách xương của các tế bào đê mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp ngách trán.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại III: phẫu thuật mở thật rộng ngách trán bao gồm lấy đi gai mũi trán hay mỏm trán.
- Dùng bay bẻ, đẩy cuốn giữa ra ngoài.
- Dùng que thăm dò lỗ thông xoang bướm
- Mở rộng lỗ thông xoang bướm bằng kìm nấm hoặc dao hút - cắt (Micro debrider, hummer), theo hướng xuống dưới và vào trong.
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang bướm qua lỗ thông xoang.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.
- Hút máu đọng, lấy vẩy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.
- Rửa mũi - xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bấc.

- Tổn thương ống lệ tỵ

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm là phẫu thuật tạo nên một trạng thái giải phẫu cho phép xoang hàm có thể tự dẫn lưu, nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông - nhầy, đưa niêm mạc của xoang hàm trở lại trạng thái bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý của xoang hàm:

- Viêm xoang hàm tái phát nhiều lần.
- Viêm xoang hàm do nấm, do răng.
- Dị vật xoang hàm.
- Polyp đơn độc mũi xoang (polyp Killian).
- U nang, u lành tính xoang hàm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như suy thận, các bệnh lý về máu,..

2. Chống chỉ định tương đối

Viêm xoang cấp, viêm xoang có cốt tủy viêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên được đào tạo về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000), thuốc co mạch (naphazolin, oxymetazolin,...).

3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu.
  + Đông máu cơ bản.
  + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu, đầu cao hơn ngực (10-15^{o}).
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện và trên đầu.

5. Kỹ thuật

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát của dây thần kinh khẩu cái trên.
- Cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.
- Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kìm cắt ngược hoặc dao hút - cắt (Micro debrider, hummer).
- Lấy sạch bệnh tích trong xoang hàm qua lỗ thông xoang.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.
- Hút máu đọng, lấy vẩy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.
- Rửa mũi - xoang từ ngày thứ 3 sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nhét bấc.
- Tổn thương ống lệ tỵ.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG TRÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nội soi mở rộng ngách trán tạo nên một trạng thái giải phẫu cho phép xoang trán có thể tự dẫn lưu, nhằm phục hồi hoạt động thanh thải của hệ thống lông - nhầy, đưa hệ niêm mạc xoang trán trở lại trạng thái bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh xoang trán:

- Viêm xoang trán đơn thuần hoặc viêm đa xoang mạn tính có viêm xoang trán đã được điều trị nội khoa tối đa và hợp lý nhưng không có kết quả.
- Viêm xoang trán do nấm.
- U nhày xoang trán, u xương xoang trán, polyp xoang trán.
- Chấn thương xoang trán do áp lực.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ thạc sỹ, chuyên khoa II trở lên được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật nội soi mũi xoang.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang.
- Thuốc tê, thuốc co mạch

3. Người bệnh

- Được khám trước mổ như thông thường.
- Được khám nội soi tai, mũi, họng.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang 3 tư thế đứng ngang, ngang và đứng dọc (coronal, axial và sagital - nếu điều kiện cho phép).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch, như: naphazolin, oxymetazolin,..
- Tiêm tê dưới niêm mạc tại 3 điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, vị trí động mạch bướm khẩu cái.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại I: vùng ngách trán còn được giữ nguyên, phẫu thuật được thực hiện khi người bệnh có mỏm móc bám vào sàn sọ hoặc cuốn mũi giữa làm hẹp ngách trán. Trong trường hợp này, cắt mỏm móc từ sau ra trước bằng kìm cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa. Khi phần trên của mỏm móc được lấy đi, ngách trán sẽ được mở thông nếu không có các cấu trúc lân cận làm tắc nghẽn như tế bào đê mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt.
- Phẫu thuật mở xoang trán loại II: mở rộng ngách trán bằng phẫu tích lấy các vách xương của các tế bào đê mũi, tế bào bóng trán, tế bào sàng trên ổ mắt làm hẹp ngách trán.

- Phẫu thuật mở xoang trán loại III: phẫu thuật mở thật rộng ngách trán bao gồm lấy đi gai mũi trán hay mỏm trán.
- Đặt merocel hốc mổ.

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Rút merocel sau mổ 24 giờ hay 48 giờ.
- Hút máu đọng, lấy vẩy hoặc giả mạc, làm thuốc mũi xoang hàng ngày.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến nặng

1.1 Chảy máu

- Thường do tổn thương các tĩnh mạch hoặc động mạch sàng, đặc biệt động mạch sàng trước.
- Xử trí nhét bấc, đông điện.

1.2 Rò dịch não tủy

Xử trí bít lấp đường dò.

1.3 Tai biến ổ mắt

- Tụ máu trong ổ mắt: rút bấc sớm, phối hợp điều trị nội khoa.
- Song thị: rút bấc sớm, điều trị nội khoa chống phù nề, phối hợp với chuyên khoa mắt.

2. Tai biến nhẹ

- Tổn thương ống lệ tỵ hoặc túi lệ.
- Đau nhức sọ mặt.

3. Tai biến hiếm gặp

- Tụ máu trong não.
- Tràn khí não.
- Tổn thương não thùy trán.

PHẪU THUẬT THỦNG VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật bịt lại vách ngăn mũi bị thủng do nhiều nguyên nhân gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng vách ngăn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như: suy thận, các bệnh lý về máu,..

2. Chống chỉ định tương đối:

Đang có viêm viêm nhiễm vùng mũi xoang.

Người bệnh từ chối phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000).

3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu.
  + Đông máu cơ bản.
  + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

5. Kỹ thuật

- Tiêm tê dưới da tiểu trụ mũi theo đường mổ tạo hình mũi đường ngoài (Medicain, Octocain 1%).
- Rạch da hình chữ V qua tiểu trụ, cách sàn mũi khoảng 2-3mm, bóc vạt da lên trên bộc lộ sụn tiểu trụ và sụn cánh mũi.

- Bộc lộ phía trước sụn vách ngăn, bóc niêm mạc vách ngăn ra khỏi sụn. Bóc vách ngăn thành 3 lớp qua lỗ thủng khoảng 1 cm về phía sau.
- Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới. Rạch niêm mạc nơi tiếp giáp với bụng cuốn dưới to từ sau ra trước cho vạt niêm mạc 2 cuống này đủ kéo lên bịt lỗ thủng. Đối với lỗ thủng to có thể dùng thêm vạt 2 cuống nữa ở phía trên của vách ngăn. Làm sạch, cắt phần xơ sẹo của bờ lỗ thủng niêm mạc. Khâu bờ lỗ thủng niêm mạc bằng chỉ chromic 4-0.
- Lấy mảnh cân cơ thái dương đủ lớn để chèn vào giữa hai bên niêm mạc vách ngăn bịt lỗ thủng phần sụn, sao cho mảnh cân cơ trùm qua lỗ thủng khoảng 0,5-1 cm.
- Khâu xuyên niêm mạc vách ngăn hai bên qua sụn và mảnh cân cơ để cố định mảnh cân cơ và tránh tụ máu, tụ dịch trong vách ngăn.
- Khâu da tiểu trụ bằng chỉ prolene hoặc nilon 5-0 hoặc 6-0. Khâu niêm mạc tiền đình mũi bằng chỉ cutgut 4-0 hoặc 5-0.
- Cố định vách ngăn bằng mảnh nhựa ép vách ngăn. Đặt merocel hoặc gelaspon hốc mũi tránh chảy máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ

- Cho người bệnh nhỏ nước muối vào mũi nhiều lần trong ngày.
- Rút merocel hoặc gelaspon sau 5-6 ngày.
- Rút mảnh nhựa ép vách ngăn sau 1 tuần.
- Cắt chỉ khâu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cần theo dõi để phát hiện chảy máu. Thường máu chỉ rỉ ra ở cửa mũi, dặn người bệnh dùng gạc sạch lau phía ngoài. Nếu chảy máu nhiều cần kiểm tra phát hiện điểm chảy máu.
- Nhiễm trùng: cần cho người bệnh dùng kháng sinh toàn thân.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SINH THIẾT VÒM

A. NỘI SOI SINH THIẾT U VÒM GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở vòm họng để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của hốc mũi hoặc sàng hàm lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các phình mạch.
- Sa màng não.
- U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Máy nội soi tai mũi họng.
  + Kẹp sinh thiết.
  + Bấc, gelaspon.
- Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bấc).

3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.
- Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz nếu cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
- Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
- Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bấc xylocain.
- Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.
- Đặt gelaspon hoặc bấc cầm máu và rút sau 24 giờ.

VI. THEO DÕI

Rút bấc sau 24 giờ nếu phải nhét bấc mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: 0thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bấc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải đặt bấc.
- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.

– Sốc: chống sốc.

B. NỘI SOI SINH THIẾT U VÒM GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở vòm họng để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của hốc mũi hoặc sàng hàm lan ra hốc mũi cần xác định mô bệnh học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Các phình mạch.
– Sa màng não.
– U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

– Dụng cụ:
  + Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.
  + Kẹp sinh thiết.
  + Bấc, gelaspon.
– Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bấc).

3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4. Hồ sơ bệnh án

– Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.
– Chụp phim X-quang: Blondeau, Hirtz nếu cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

– Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
– Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
– Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bấc xylocain.
– Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
– Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.
– Đặt gelaspon hoặc bấc cầm máu và rút sau 24 giờ.

VI. THEO DÕI

Rút bấc sau 24 giờ nếu phải nhét bấc mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

– Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bấc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải đặt bấc.
– Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.

– Sốc: chống sốc.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MŨI XOANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt u mũi xoang là một trong các phương pháp ứng dụng nội soi và các dụng cụ phẫu thuật, vi phẫu của mũi xoang để bóc tách, cắt bỏ khối u, qua đường tự nhiên của hốc mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho u mũi xoang không xâm lấn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong các phẫu thuật mở đường ngoài (Rouge-Denker, xuyên khẩu cái, mở cạnh mũi, đường lột găng tầng giữa sọ mặt thì vẫn có thể phối hợp với nội soi để bóc tách và cắt bỏ khối u xơ, tùy theo các thì phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật khối u tai mũi họng và đầu cổ.
- Có 1, hoặc 2 bác sĩ phụ mổ.
- Có điều dưỡng của phòng mổ để đưa dụng cụ.
- Có ê kíp bác sĩ Gây mê và hồi sức, kỹ thuật viên phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi với các optic 0^o, 30^o, (có thể cả 70^o, 90^o).
- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, gặm xương, kéo cắt cuốn mũi.
- Ống hút vi phẫu các cỡ khác nhau.
- Bộ dao điện, đông điện, với mũi thẳng và cong.
- Bộ kẹp cầm máu Agraf (có sáp cầm máu xương rất tốt).
- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bấc mũi, gạc.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích, ưu nhược điểm của phẫu thuật, ký giấy mổ.
- Người bệnh được chụp CT scan chẩn đoán, chụp mạch và tắc mạch số hóa xóa nền vừa chẩn đoán và làm giảm thiểu chảy máu khi mổ. Nếu không chụp tắc mạch thì sẽ phải thắt động mạch hàm trong hoặc cảnh ngoài (có thể bộc lộ và để dây thắt chờ).

4. Hồ sơ bệnh án

- Chuẩn bị đầy đủ như một bệnh án phẫu thuật ngoại khoa tai mũi họng.
- Chuẩn bị sẵn sàng về nhóm máu, dự kiến số lượng máu mất cần phải bù để có thể truyền cấp cứu.
- Người bệnh phải ký giấy mổ và được giải thích về cả truyền máu và
- người nhà cho máu nếu cần.

– Cũng cần phải giải thích cho người bệnh và người nhà về mở khí quản khi cần trong các tai biến chảy máu nhiều hoặc để dự phòng chảy máu nhiều khi mổ, để hồi sức tốt và nắm chắc đường thở.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành).

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại bệnh án trước khi gây mê, rà soát lại nhóm máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh mạch, nhiệt độ, huyết áp.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Nội soi kiểm tra bệnh tích, và đạt tê, co mạch bằng bấc tẩm oxymetazolin, hoặc naphazolin, hoặc lidocain, xylocain 3%. Sau 3-5 phút rút bấc tê và tiêm tê bằng Medicain 2 % vào vùng mỏm móc, dọc vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khẩu cái sau.

Thì 2: Dưới nội soi cắt cuốn giữa, hoặc chỉ cắt phần đuôi cuốn giữa, có thể phải cắt cả đuôi cuốn dưới tùy thể tích và mức độ lan rộng của khối u, để bộc lộ rộng phẫu trường. Dùng que thăm dò đầu tù để thăm dò đánh giá vị trí chân bám của khối u, thể tích, dự kiến độ dính, chảy máu và các cấu trúc cần lấy bỏ.

Thì 3: Lấy bỏ mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm, cắt bỏ một phần thành trong và sau xoang hàm bằng kìm Kerrison (có thể mở cả sàng trước) nhằm mở rộng, bộc lộ rõ vùng hố chân bướm hàm (thường là nơi có chân bám u xơ). Chú ý đông điện kỹ diện cắt để khỏi bị che lấp và mờ ống nội soi làm khí đánh giá, cản trở cắt u ở thì 4.

Thì 4: Dùng đông điện lưỡng cực đông điện ven theo diện chân bám u, nên đi từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ ngoài vào trong. Vừa đông điện vừa dùng bay tù đầu Freer để bóc tách diện bám u ra khỏi vùng cánh chân bướm và vừa đẩy dần u ra

Thì 5: Kiểm tra lại hốc mổ, cầm máu kỹ bằng đông điện lưỡng cực. Đặt gelaspon lót toàn bộ hốc mổ. Đặt merocel chèn ép vùng diện bám u và cửa mũi sau, vòm họng. Nếu còn rỉ máu có thể chèn thêm bấc mũi. Kiểm tra kỹ cả họng miệng về chảy máu, ống thở.

Thì 6: Đánh giá lượng máu bị mất (đếm, cân gạc thấm, bình hút, để tính ra xem có cần phải bù truyền máu hay không). Đánh giá thời gian phẫu thuật, dự phòng, tiên lượng biến chứng, ra y lệnh theo dõi các biến chứng. Kết thúc cuộc mổ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi

Tình trạng thoát mê và rút ống thở khi đã an toàn (tỉnh hẳn, không chảy máu).

2. Chăm sóc hậu phẫu

Trong thời gian còn đặt bấc mũi (thường trong vòng 48 giờ).

3. Rút bấc mũi, merocel

Sau 48 giờ, lấy ngay gelaspon hoặc không cần vì nó sẽ tự tan dần ở những ngày sau.

4. Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bấc mũi

Theo dõi chảy máu, có thể xông, khí dung kháng sinh chống viêm, giảm phù nề.

5. Ra viện sau 7 ngày

Khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ, và an toàn về cầm máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến về gây mê

Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.

2. Tai biến chảy máu

Có thể do động mạch bướm khẩu cái, họng lên. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám.

Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u.

Sau khi nhét bấc mũi tốt mà vẫn chảy máu, hoặc còn chảy nhiều trong, sau mổ sẽ phải kiểm tra bằng chụp mạch và nút mạch, hoặc thắt động mạch cảnh ngoài, hay thắt chọn lọc hàm trong.

Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết.

Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

3. Tai biến tắc mạch sau nút mạch, mù mắt (tắc động mạch mắt)

Khám hội chẩn chuyên khoa mắt, huyết học có thể phải thêm thuốc chống đông.

4. Dò dịch não tủy

Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ (không đúng cho chỉ định nội soi). Do khối u đã lan qua xoang bướm, các thành của xoang bướm, hoặc u phá hủy đỉnh ổ mắt để vào đáy sọ, hoặc u đã phá hủy cánh bướm lớn và nhỏ. Các trường hợp dò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hở đáy sọ.

5. Tụ máu ổ mắt

Trong các khối u đã lan rộng ở vùng xoang sàng. Hốc mũi, hay thành trong và đỉnh ổ mắt; ngay cả u còn nhỏ nhưng trong quá trình phẫu thuật bóc tách, có thể bị làm tổn thương cơ trực, các tĩnh, động mạch quanh ổ mắt gây tụ máu quanh ổ mắt. Cần phải kiểm tra cầm máu kỹ lại, thêm thuốc kháng sinh, thuốc cầm máu, giảm phù nề, chống viêm và đề phòng giao cảm nhãn viêm.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG VÒM MŨI HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt u vùng vòm mũi họng là một trong các phương pháp ứng dụng nội soi và các dụng cụ phẫu thuật, vi phẫu của mũi xoang để bóc tách, cắt bỏ khối u, qua đường tự nhiên của hốc mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho u vùng vòm mũi họng không xâm lấn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trong các phẫu thuật mở đường ngoài (Rouge-Denker, xuyên khẩu cái, mở cạnh mũi, đường lột găng tầng giữa sọ mặt thì vẫn có thể phối hợp với nội soi để bóc tách và cắt bỏ khối u xơ, tùy theo các thì phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được đào tạo chuyên sâu về phẫu thuật khối u tai mũi họng và đầu cổ.
- Có 1, hoặc 2 bác sĩ phụ mổ.
- Có điều dưỡng của phòng mổ để đưa dụng cụ.
- Có ê kíp bác sĩ Gây mê và hồi sức, kỹ thuật viên phòng mổ.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi với các optic 0^o, 30^o, (có thể cả 70^o, 90^o).
- Bộ dụng cụ vi phẫu mũi xoang, kìm Luc, gặm xương, kéo cắt cuốn mũi.
- Ống hút vi phẫu các cỡ khác nhau.
- Bộ dao điện, đông điện, với mũi thẳng và cong.
- Bộ kẹp cầm máu Agraf (có sáp cầm máu xương rất tốt).
- Mảnh cầm máu merocel, gelaspon và bấc mũi, gạc.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà về mục đích, ưu nhược điểm của phẫu thuật, ký giấy mổ.
- Người bệnh được chụp CT scan chẩn đoán, chụp mạch và tắc mạch số hóa xóa nền vừa chẩn đoán và làm giảm thiểu chảy máu khi mổ. Nếu không chụp tắc mạch thì sẽ phải thắt động mạch hàm trong hoặc cảnh ngoài (có thể bộc lộ và để dây thắt chờ).

4. Hồ sơ bệnh án

- Chuẩn bị đầy đủ như một bệnh án phẫu thuật ngoại khoa tai mũi họng.
- Chuẩn bị sẵn sàng về nhóm máu, dự kiến số lượng máu mất cần phải bù để có thể truyền cấp cứu.
- Người bệnh phải ký giấy mổ và được giải thích về cả truyền máu và người nhà cho máu nếu cần.

– Cũng cần phải giải thích cho người bệnh và người nhà về mở khí quản khi cần trong các tai biến chảy máu nhiều hoặc để dự phòng chảy máu nhiều khi mổ, để hồi sức tốt và nắm chắc đường thở.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành).

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại bệnh án trước khi gây mê, rà soát lại nhóm máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh mạch, nhiệt độ, huyết áp.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Nội soi kiểm tra bệnh tích, và đạt tê, co mạch bằng bấc tẩm oxymetazolin, hoặc naphazolin, hoặc lidocain, xylocain 3%. Sau 3-5 phút rút bấc tê và tiêm tê bằng Medicain 2 % vào vùng mỏm móc, dọc vách ngăn, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khẩu cái sau.

Thì 2: Dưới nội soi cắt cuốn giữa, hoặc chỉ cắt phần đuôi cuốn giữa, có thể phải cắt cả đuôi cuốn dưới tùy thể tích và mức độ lan rộng của khối u, để bộc lộ rộng phẫu trường. Dùng que thăm dò đầu tù để thăm dò đánh giá vị trí chân bám của khối u, thể tích, dự kiến độ dính, chảy máu và các cấu trúc cần lấy bỏ.

Thì 3: Lấy bỏ mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm, cắt bỏ một phần thành trong và sau xoang hàm bằng kìm Kerrison (có thể mở cả sàng trước) nhằm mở rộng, bộc lộ rõ vùng hố chân bướm hàm (thường là nơi có chân bám u xơ). Chú ý đông điện kỹ diện cắt để khỏi bị che lấp và mờ ống nội soi làm khí đánh giá, cản trở cắt u ở thì 4.

Thì 4: Dùng đông điện lưỡng cực đông điện ven theo diện chân bám u, nên đi từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ ngoài vào trong. Vừa đông điện vừa dùng bay tù đầu Freer để bóc tách diện bám u ra khỏi vùng cánh chân bướm và vừa đẩy dần u ra cửa mũi sau vòm họng xuống họng miệng. Chú ý vừa phải cầm máu thật kỹ bằng đông điện lưỡng cực, các vị trí dễ chảy máu nhiều là diện chân bám, bờ trên cửa mũi sau -vị trí nuôi dưỡng của nhánh trên của động mạch khẩu cái sau, vùng cửa mũi sau gần lỗ ra của động mạch chân bướm khẩu cái. Vừa đông điện, vừa tách diện chân bám khối u ra khói u: ở vùng chân bướm, diện bám thường lan theo bờ cửa mũi sau lên khe trên, đuôi cuốn giữa, cuốn trên và có thể vào cả trong xoang bướm, ra sau vào vùng thành bên vòm họng hoặc cả trần vòm họng, u có thể lan rộng vào cả hố chân bướm hàm, xoang hàm. Bóc tách và đông điện kỹ để tách dời toàn bộ diện bám và đẩy gạt khối u xuống vùng họng miệng. Sau đó, dùng đè lưỡi kiểm tra và lấy khối u theo đường họng miệng, thường thấy khối u tụt xuống lấp ló sau màn hầu.

Thì 5: Kiểm tra lại hốc mổ, cầm máu kỹ bằng đông điện lưỡng cực. Đặt gelaspon lót toàn bộ hốc mổ. Đặt merocel chèn ép vùng diện bám u và cửa mũi sau, vòm họng. Nếu còn rỉ máu có thể chèn thêm bấc mũi. Kiểm tra kỹ cả họng miệng về chảy máu, ống thở.

Thì 6: Đánh giá lượng máu bị mất (đếm, cân gạc thấm, bình hút, để tính ra xem có cần phải bù truyền máu hay không). Đánh giá thời gian phẫu thuật, dự phòng, tiên lượng biến chứng, ra y lệnh theo dõi các biến chứng. Kết thúc cuộc mổ.

VI. THEO DÕI

1. **Theo dõi**

   Tình trạng thoát mê và rút ống thở khi đã an toàn (tỉnh hẳn, không chảy máu).
2. **Chăm sóc hậu phẫu**

   Trong thời gian còn đặt bấc mũi (thường trong vòng 48 giờ).
3. **Rút bấc mũi, merocel**

   Sau 48 giờ, lấy ngay gelaspon hoặc không cần vì nó sẽ tự tan dần ở những ngày sau.
4. **Chăm sóc hàng ngày sau rút hết bấc mũi**

   Theo dõi chảy máu, có thể xông, khí dung kháng sinh chống viêm, giảm phù nề.
5. **Ra viện sau 7 ngày**

   Khi đã an toàn về sẹo hóa hốc mổ, và an toàn về cầm máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Tai biến về gây mê**

   Chú ý tụt ống thở, tràn khí màng phổi.
2. **Tai biến chảy máu**

   Có thể do động mạch bướm khẩu cái, họng lên. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

   Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám.

   Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u.

   Sau khi nhét bấc mũi tốt mà vẫn chảy máu, hoặc còn chảy nhiều trong, sau mổ sẽ phải kiểm tra bằng chụp mạch và nút mạch, hoặc thắt động mạch cảnh ngoài, hay thắt chọn lọc hàm trong.

   Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết.

   Phải theo dõi chặt mạch, huyết áp của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.
3. **Tai biến tắc mạch sau nút mạch, mù mắt (tắc động mạch mắt)**

   Khám hội chẩn chuyên khoa mắt, huyết học có thể phải thêm thuốc chống đông.
4. **Dò dịch não tủy**

   Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ (không đúng cho chỉ định nội soi). Do khối u đã lan qua xoang bướm, các thành của xoang bướm, hoặc u phá hủy đỉnh ổ mắt để vào đáy sọ, hoặc u đã phá hủy cánh bướm lớn và nhỏ. Các trường hợp dò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hở đáy sọ.
5. **Tụ máu ổ mắt**

   Trong các khối u đã lan rộng ở vùng xoang sàng. Hốc mũi, hay thành trong và đỉnh ổ mắt; ngay cả u còn nhỏ nhưng trong quá trình phẫu thuật bóc tách, có thể bị làm tổn thương cơ trực, các tĩnh, động mạch quanh ổ mắt gây tụ máu quanh ổ mắt. Cần phải kiểm tra cầm máu kỹ lại, thêm thuốc kháng sinh, thuốc cầm máu, giảm phù nề, chống viêm và đề phòng giao cảm nhãn viêm.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau, sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5‰ hoặc 1‰).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.
- Tìm nguyên nhân chảy máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1 Tư thế

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20^{o} so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

3.3 Kỹ thuật

Thì 1:

Rút bấc trong mũi nếu có.

Thì 2:

Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.

Thì 3:

- Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
- Đánh giá tình được tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
- Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

- Kiểm tra lại hốc mũi.
- Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương

PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁCH DÍNH NIÊM MẠC HỐC MŨI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp tách dính niêm mạc hốc mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Dính niêm mạc hốc mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình.
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện.
- Kẹp khuỷu.
- Kẹp phẫu tích kẹp Blakesley.
- Bấc, thuốc co mạch (ephedrin 1‰, oxymetazolin 0,5‰ hoặc 1‰).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 6% hoặc 10%).

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước.
- Tìm nguyên nhân chảy máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1 Tư thế

Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20^{o} so với ngực. Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh.

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

3.3 Kỹ thuật

Thì 1:

Rút bấc trong mũi nếu có.

Thì 2:

Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch.

Thì 3:

- Dùng ống nội soi 0 kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên dính.
- Đánh giá tình được tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
- Dung bay tách phần niêm mạc dính.
- Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện có hút.

Thì 4:

- Kiểm tra lại hốc mũi.
- Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi.
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại.
- Choáng ngất.
- Nhiễm khuẩn mũi xoang.
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH CUỐN MŨI GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm giảm thể tích cuốn mũi giữa qua nội soi có phóng đại nhằm mục đích làm thông đường thở trong trường hợp cuốn quá phát to gây tắc ngạt mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi giữa quá phát to, co hồi kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung như các can thiệp ngoại khoa khác.
- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Không có tiến hành phẫu thuật cắt bán phần cuốn mũi dưới cho trẻ em.
- Có khối u ở hốc mũi (K xoang hàm, K vòm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm sử dụng thiết bị nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nội soi mũi xoang, tối thiểu gồm có:
  + Nguồn ánh sáng lạnh 50W (Halogen hoặc Xenon).
  + Dây dẫn sáng bằng sợi thủy tinh quang học.
  + Ống nội soi quang học 0^o hoặc 30^o.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tối thiểu:
  + Dao lá lúa.
  + Kéo cắt cuốn vi phẫu có răng.
  + Bay bóc tách.
  + Ống hút.
  + Kẹp phẫu tích Blakesley thẳng và khuỷu.
- Soi mũi, kẹp khuỷu, bơm tiêm và một vài dụng cụ tai mũi họng thông thường khác.
- Thuốc: oxymethazolin 0,1%, xylocain 3-6%, lidocain 1-2%...

3. Người bệnh

- Có bệnh án Tai Mũi Họng thông thường với các xét nghiệm cơ bản về máu, nước tiểu và Xquang tim phổi.
- Có thể tiến hành phẫu thuật dưới gây tê hoặc gây mê.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Phẫu thuật được tiến hành dưới sự quan sát bằng nội soi).

- Gây tê bề mặt niêm mạc hốc mũi bằng bông tẩm thuốc tê và thuốc gây co mạch trong 5 phút.
- Tiêm thấm dưới niêm mạc cuốn dưới bằng 5 ml dung dịch lidocain 1% nhằm gây tê và giảm bớt chảy máu.

- Dùng 1 kìm Kocher thẳng kẹp dọc theo bờ tự do cuốn giữa từ trước ra sau tới tận đuôi cuốn, tương ứng với phần định cắt để tạo ranh giới đường cắt và hạn chế chảy máu.
- Dùng kéo cắt cuốn vi phẫu cắt dọc theo đường kẹp của kẹp Kocher cắt cả niêm mạc và xương cuốn. Chú ý cắt cả phần đuôi cuốn.
- Dùng kẹp Balakesley thẳng lấy phần cuốn đã bị cắt.
- Kiểm tra vết cắt, cầm máu bằng đông điện (nếu có) hoặc bằng cách đặt một đoạn bấc mũi tẩm dầu kháng sinh dọc theo đường cắt.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu sau phẫu thuật: tại chỗ, theo dõi nước bọt nhổ ra, tình trạng toàn thân.
- Rút bấc mũi sau 24 - 48 giờ.
- Chăm sóc mũi, làm thuốc mũi sau phẫu thuật.
- Thuốc: kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu sau phẫu thuật:

- Tiêm thuốc cầm máu: Transamin, Adrenoxyl.
- An thần.
- Đặt lại bấc mũi.
- Cầm máu bằng đông điện (nếu có).

PHẪU THUẬT NỘI SOI BỊT LỖ THỦNG VÁCH NGĂN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật bịt lại vách ngăn mũi bị thủng do nhiều nguyên nhân gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng vách ngăn mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

Các bệnh lý nội khoa nặng, mất bù như: suy thận, các bệnh lý về máu,..

2. Chống chỉ định tương đối:

Đang có viêm viêm nhiễm vùng mũi xoang.

Người bệnh từ chối phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Thuốc tê (lidocain + adrenalin 1/10.000).

3. Người bệnh

- Khám nội soi tai mũi họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu.
  + Đông máu cơ bản.
  + Chức năng gan, thận.
- Được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang hai tư thế coronal và axial (nếu điều kiện cho phép).
- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu
- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

5. Kỹ thuật

- Tiêm tê dưới da tiểu trụ mũi theo đường mổ tạo hình mũi đường ngoài (Medicain, Octocain 1%).
- Rạch da hình chữ V qua tiểu trụ, cách sàn mũi khoảng 2-3mm, bóc vạt da lên trên bộc lộ sụn tiểu trụ và sụn cánh mũi.

- Bộc lộ phía trước sụn vách ngăn, bóc niêm mạc vách ngăn ra khỏi sụn. Bóc vách ngăn thành 3 lớp qua lỗ thủng khoảng 1 cm về phía sau.
- Bóc tách niêm mạc vách ngăn xuống sàn mũi đến bụng cuốn dưới. Rạch niêm mạc nơi tiếp giáp với bụng cuốn dưới to từ sau ra trước cho vạt niêm mạc 2 cuống này đủ kéo lên bịt lỗ thủng. Đối với lỗ thủng to có thể dùng thêm vạt 2 cuống nữa ở phía trên của vách ngăn. Làm sạch, cắt phần xơ sẹo của bờ lỗ thủng niêm mạc. Khâu bờ lỗ thủng niêm mạc bằng chỉ chromic 4-0.
- Lấy mảnh cân cơ thái dương đủ lớn để chèn vào giữa hai bên niêm mạc vách ngăn bịt lỗ thủng phần sụn, sao cho mảnh cân cơ trùm qua lỗ thủng khoảng 0,5-1 cm.
- Khâu xuyên niêm mạc vách ngăn hai bên qua sụn và mảnh cân cơ để cố định mảnh cân cơ và tránh tụ máu, tụ dịch trong vách ngăn.
- Khâu da tiểu trụ bằng chỉ prolene hoặc nilon 5-0 hoặc 6-0. Khâu niêm mạc tiền đình mũi bằng chỉ cutgut 4-0 hoặc 5-0.
- Cố định vách ngăn bằng mảnh nhựa ép vách ngăn. Đặt merocel hoặc gelaspon hốc mũi tránh chảy máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU Mổ

- Cho người bệnh nhỏ nước muối vào mũi nhiều lần trong ngày.
- Rút merocel hoặc gelaspon sau 5-6 ngày.
- Rút mảnh nhựa ép vách ngăn sau 1 tuần.
- Cắt chỉ khâu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: cần theo dõi để phát hiện chảy máu. Thường máu chỉ rỉ ra ở cửa mũi, dặn người bệnh dùng gạc sạch lau phía ngoài. Nếu chảy máu nhiều cần kiểm tra phát hiện điểm chảy máu.
- Nhiễm trùng: cần cho người bệnh dùng kháng sinh toàn thân.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kìm Frankel 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, kí giấy cam đoan.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

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

3.2 Tư thế người bệnh

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

3.3 Kỹ thuật

3.3.1 Soi gắp dị vật bằng kìm Frankael

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

3.3.2 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.

LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kìm Frankel 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, kí giấy cam đoan.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

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

3.2 Tư thế người bệnh

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

3.3 Kỹ thuật

3.3.1 Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

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

3.3.2 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.

CẮT PHANH LƯỠI (GÂY TÊ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phanh lưỡi hay còn gọi là hãm lưỡi đi từ sàn miệng đến mặt dưới của lưỡi. Khi phanh lưỡi quá ngắn làm lưỡi bị kéo xuống gây hạn chế di động của lưỡi gây nói khó, nói ngọng thì phải phẫu thuật cắt phanh lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi phanh lưỡi quá ngắn ảnh hưởng tới vận động của lưỡi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng trợ giúp.

2. Phương tiện

- 01 kéo sim nhỏ.
- 02 kẹp phẫu tích cầm máu, không màu.
- Gạc nhỏ hoặc củ ấu.
- Đông điện (nếu có).
- Thuốc tê xịt (lidocain 10%).

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh hoặc bố mẹ (nếu người bệnh là trẻ nhỏ).
- Có đầy đủ xét nghiệm: máu chảy, máu đông, HIV..

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh ngồi, há miệng, lưỡi cong lên (nếu là bệnh nhi phải bó chặt trẻ trong một tấm vải trải giường to, mở miệng để trẻ không cắn hàm lại được).
- Gây tê tại chỗ bằng xịt hoặc đặt bông thấm Lidocain.
- Kẹp hãm lưỡi sát mặt dưới của lưỡi bằng kẹp phẫu tích cầm máu không lưỡi, kéo nhẹ ra trước lên trên căng phanh lưỡi ra.
- Dùng kéo nhỏ cắt phanh lưỡi ngay dưới kẹp phẫu tích cầm máu, cắt từ trước ra sau đến sát chân lưỡi.
- Bỏ kẹp phẫu tích kẹp ra thông thường không có chảy máu. Nếu có chảy máu cầm máu bằng đông điện hoặc đặt thuốc co mạch tại chỗ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT

- Chảy máu: hiếm gặp, cầm máu bằng đông điện hoặc thuốc co mạch đặt tại chỗ.
- Đề phòng nhiễm trùng: cho kháng sinh uống.
- Phòng nề sàn miệng: cho thuốc chống phù nề.

CẮT PHANH LƯỠI (GÂY MÊ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phanh lưỡi hay còn gọi là hãm lưỡi đi từ sàn miệng đến mặt dưới của lưỡi. Khi phanh lưỡi quá ngắn làm lưỡi bị kéo xuống gây hạn chế di động của lưỡi gây nói khó, nói ngọng thì phải phẫu thuật cắt phanh lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi phanh lưỡi quá ngắn ảnh hưởng tới vận động của lưỡi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng trợ giúp.

2. Phương tiện

- 01 kéo sim nhỏ.
- 02 kẹp phẫu tích cầm máu, không màu.
- Gạc nhỏ hoặc củ ấu.
- Đông điện (nếu có).
- Thuốc tê xịt (lidocain 10%).

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh hoặc bố mẹ (nếu người bệnh là trẻ nhỏ).
- Có đầy đủ xét nghiệm: máu chảy, máu đông, HIV..

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh ngồi, há miệng, lưỡi cong lên (nếu là bệnh nhi phải bó chặt trẻ trong một tấm vải trải giường to, mở miệng để trẻ không cắn hàm lại được).
- Gây mê đối với trẻ nhỏ.
- Kẹp hãm lưỡi sát mặt dưới của lưỡi bằng kẹp phẫu tích cầm máu không lưỡi, kéo nhẹ ra trước lên trên căng phanh lưỡi ra.
- Dùng kéo nhỏ cắt phanh lưỡi ngay dưới kẹp phẫu tích cầm máu, cắt từ trước ra sau đến sát chân lưỡi.
- Bỏ kẹp phẫu tích kẹp ra thông thường không có chảy máu. Nếu có chảy máu cầm máu bằng đông điện hoặc đặt thuốc co mạch tại chỗ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT

- Chảy máu: hiếm gặp, cầm máu bằng đông điện hoặc thuốc co mạch đặt tại chỗ.
- Đề phòng nhiễm trùng: cho kháng sinh uống.
- Phòng nề sàn miệng: cho thuốc chống phù nề.

CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG (GÂY MÊ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Chích áp xe thành sau họng là chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng, khoảng 1 của Henle. Thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi do viêm nhiễm hạch Gilet.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe thành sau họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Nguồn sáng (đèn Clar...).
- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.
- Máy hút.
- Đè lưỡi khuỷu.
- Dao chích nhọn mũi.

3. Người bệnh

Được quấn chặt bằng khăn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Tùy theo tình trạng người bệnh có thể gây tê hoặc mê.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn, đầu thấp, thò ra đầu bàn do một người phụ giữ.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh (nếu thuận tay phải).

3. Kỹ thuật

- Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.
- Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5 mm, hút bớt mủ cho áp xe xẹp lại, người bệnh sẽ dễ thở hơn.
- Dùng dao nhọn chích theo chỗ chọc dò theo chiều trên dưới dài 5 mm.
- Hút sạch mủ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Ngạt thở, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.
- Khám lại họng hàng ngày, nếu cần thiết phải banh rộng vết chích và hút mủ.
- Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

2. Xử trí

- Đè lưỡi quá thô bạo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho người bệnh thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút bớt mủ.
- Khi chích, mủ trào ra nhiều tràn vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân dốc ngược đầu xuống.

NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thanh khí phế quản là đưa ống soi cứng hoặc mềm vào thanh khí và phế quản để thăm khám chẩn đoán và làm các thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật đường thở.
- Ho ra máu.
- Dãn phế quản.
- Cắt hạt xơ, polyp dây thanh âm.
- Bấm sinh thiết khối u ở thanh quản để chẩn đoán.
- Nấm phế quản.
- Viêm phế quản mủ.
- U phế quản, khí quản.
- Khó thở sau phẫu thuật.
- Chấn thương thanh khí quản (soi bằng ống mềm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng.
- Lao phổi đang tiến triển.
- Dãn quai động mạch chủ thì chống chỉ định với ống soi cứng.
- Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm nội hô hấp.

2. Phương tiện

Máy soi phế quản cứng, máy soi phế quản mềm, máy hút, oxy, thuốc gây tê tại chỗ, kẹp sinh thiết, kẹp gắp dị vật.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu, nước tiểu, chụp phổi trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi, sáng hôm soi nhịn ăn uống, lấy mạch, nhiệt độ.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.
- Đưa ống soi vào khí quản.

- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy dị vật dùng kẹp gắp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật).
- Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

VI. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.
- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh khí quản. Khi bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy, khi có co thắt tiêm thuốc dãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột.
- Chảy máu: cầm máu tại chỗ
- Suy hô hấp cấp do dị vật bít tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2. Sau khi soi

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Sốt cao, da xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ mũi bằng adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy, an thần, hồi sức, nếu cần đặt nội khí quản và thở má

NỘI SOI THANH QUẢN ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT GÂY MÊ/GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thanh khí phế quản là đưa ống soi cứng hoặc mềm vào thanh khí và phế quản để thăm khám chẩn đoán và làm các thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật đường thở.
- Ho ra máu.
- Dãn phế quản.
- Cắt hạt xơ, polyp dây thanh âm.
- Bấm sinh thiết khối u ở thanh quản để chẩn đoán.
- Nấm phế quản.
- Viêm phế quản mủ.
- U phế quản, khí quản.
- Khó thở sau phẫu thuật.
- Chấn thương thanh khí quản (soi bằng ống mềm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng.
- Lao phổi đang tiến triển.
- Dãn quai động mạch chủ thì chống chỉ định với ống soi cứng.
- Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm nội hô hấp.

2. Phương tiện

Máy soi phế quản cứng, máy soi phế quản mềm, máy hút, oxy, thuốc gây tê tại chỗ, kẹp sinh thiết, kẹp gắp dị vật.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu, nước tiểu, chụp phổi trừ trường hợp cấp cứu khó thở do dị vật có thể làm sau.
- Cho người bệnh uống thuốc an thần tối hôm trước soi, sáng hôm soi nhịn ăn uống, lấy mạch, nhiệt độ.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.

- Đưa ống soi vào khí quản.
- Vào phế quản phải hoặc trái, lần lượt tìm các nhánh phế quản thùy.
- Nếu thấy dị vật dùng kẹp gắp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật).
- Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

VI. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.
- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh khí quản. Khi bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy, khi có co thắt tiêm thuốc dãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột.
- Chảy máu: cầm máu tại chỗ
- Suy hô hấp cấp do dị vật bít tắc phế quản: nhanh chóng lấy dị vật và hô hấp hỗ trợ.

2. Sau khi soi

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Sốt cao, da xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ mũi bằng adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy, an thần, hồi sức, nếu cần đặt nội khí quản và thở máy.

PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt amidan bằng Coblator là phương pháp dùng sóng năng lượng tần số radio cao tần để phá hủy mô amidan. Cắt amidan bằng máy Coblator II có ưu điểm lớn là vừa cắt, vừa hút, vừa tưới nước ở nhiệt độ 67oC nên không gây bỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Amidan có nhiều đợt viêm cấp: 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liền.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, phát âm.
- Amidan viêm mạn tiềm tàng. Đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tạm thời

- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.
- Đang có dịch ở địa phương.
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

2. Tuyệt đối

Trong các bệnh: tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, Basedow, hen, lao đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Máy Coblator II với chức năng cắt amidan, nạo V.A, đốt cuốn mũi, chỉnh hình vòm họng và phẫu thuật điều trị ngáy...
- Đầy đủ dụng cụ và các thiết bị đi kèm.

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật.
- Bồi phụ máu, nước, điện giải...
- Nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước khi phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như: công thức máu, máu chảy máu đông, chức năng gan, thận, Xquang phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật

3.1 Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-20^{o} so với ngực.
- Máy Coblator II và dụng cụ mổ đặt bên phải của người bệnh.
- Máy gây mê đặt bên trái của người bệnh.

– Phẫu thuật viên và trợ thủ viên đứng hoặc ngồi phía trên đầu của người bệnh.

3.2 Vô cảm

Gây mê toàn thân.

Thì 1: Đặt banh miệng tự hãm.

Thì 2: Dùng đầu dò chuyên dụng cắt amidan bằng nhiệt vừa tưới nước và hút dịch cùng với mảnh vụn, đồng thời đốt các điểm chảy máu.

Thì 3: Kiểm tra lại hốc amidan đã cắt.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

– Người bệnh không được la hét lớn và nằm viện thêm nửa ngày để theo dõi.
– Ngoài ra, trẻ cần có chế độ ăn uống đặc biệt: kiêng các thức ăn cứng, nóng, chua, cay. Nên ăn các thức ăn: lỏng, nguội, mềm trong vòng 15 ngày đầu để tránh chảy máu sau mổ.
– Người bệnh có thể về nhà trong ngày làm việc và học tập trở lại bình thường sau một tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất. Dùng kẹp dài và spongel đè ép lên hố amidan đang chảy máu. Nhúng spongel vào epinephrin hoặc bột thrombin có thể đem lại hiệu quả. Nếu thất bại, người bệnh cần được đưa vào phòng mổ để thắt động mạch. Các biến chứng khác bao gồm:

– Đau (ví dụ: viêm họng, đau tai).
– Mất nước (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).
– Sụt cân (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).
– Sốt (ít gặp, thường do nhiễm trùng tại chỗ).
– Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật (do phù nề lưỡi gà, tụ máu, sặc hít).
– Amidan còn sót lại sau cắt.
– Chấn thương tâm lý, chứng hoảng sợ về đêm, hoặc trầm cảm.

Tùy thuộc vào từng loại biến chứng, thầy thuốc Tai Mũi Họng và gây mê sẽ có biện pháp xử trí thích hợp và hiệu quả nhất.

PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt amidan là một phẫu thuật thường gặp trong lĩnh vực Tai Mũi Họng. Mục đích của phẫu thuật là lấy toàn bộ hai khối amidan bị bệnh không còn chức năng sinh lý ra khỏi họng miệng. Để lấy hết tổ chức amidan, tránh bỏ sót, cầm máu kỹ, giảm tối đa đau đớn và tâm lý sợ hãi, đặc biệt là trẻ em trong suốt quá trình phẫu thuật thì phương pháp gây mê nội khí quản là sự lựa chọn trong phẫu thuật cắt amidan hiện nay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Có nhiều đợt viêm cấp 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liền.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng thở, ăn, phát âm.
- Amidan viêm mạn tiềm tàng, đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tạm thời

- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.
- Đang có dịch ở địa phương.
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

2. Tuyệt đối

Trong các bệnh tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, Basedow... hen, lao đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thòng lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thòng lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.
  + Chức năng gan, thận.
  + Chụp Xquang phổi.
- Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thòng lọng (Anse) dưới gây mê.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đổ dung dịch Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.
- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.
- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải để cắt amidan trái, đặt bên trái để cắt amidan phải.
- Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. Cầm máu bằng bông cầu tẩm oxy già (H2O2) 12 đơn vị thể tích. Trường hợp có chảy máu thì cặp buộc, đốt muối nitrat bạc 5-10%, đặt cục gạc vào hố amidan khâu trụ tạm thời 24 giờ, đốt điện thậm chí có thể thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ và chảy máu muộn do bong vảy ngày thứ 5 - 7 sau cắt amidan.
- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.
- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng đến cơ sở y tế có chuyên khoa để kiểm tra và can thiệp kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng

khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Nạo V.A là phẫu thuật nạo lấy bỏ tổ chức lympho viêm và quá phát ở vùng vòm mũi họng nhằm loại trừ nguyên nhân gây viêm nhiễm ở vùng mũi họng trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- V.A quá phát gây cản trở đường thở.
- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.
- V.A gây viêm kế cận.
- Tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, bệnh lý về máu

2. Chống chỉ định tương đối

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Lao sơ nhiễm.
- Trẻ hở hàm ếch.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên đã được đào tạo về phẫu thuật Nạo V.A nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.
- Optic 0 độ, 4 mm.
- Bộ dụng cụ cắt hút XPS lưỡi cong và thẳng.
- Banh miệng.
- Thuốc co mạch nasolin.
- Dây vén màn hầu.

3. Người bệnh

- Được khám nội soi chẩn đoán V.A trước đó.
- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.
- Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Gây mê toàn thân

4. Kỹ thuật

- ***Kỹ thuật nạo V.A đường miệng:***(áp dụng với trẻ em nhỏ)
  + Đặt thuốc co mạch (nasolin) hốc mũi 2 bên.
  + Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.
  + Dùng ống cắt hút (XPS) lưỡi cong tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.
  + Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).
- ***Kỹ thuật nạo V.A đường mũi:***(áp dụng với người lớn và trẻ em lớn)
  + Đặt thuốc co mạch nasolin hốc mũi 2 bên.
  + Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.
  + Dùng ống cắt hút (XPS) lưỡi thẳng tiến hành nạo V.A qua đường mũi 1 bên dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi bên đối diện.
  + Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Hai giờ sau khi nạo V.A, kiểm tra họng:
  + Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.
  + Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.
- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đốt cầm máu.

PHẪU THUẬT NẠO V.A NỘI SOI BẰNG COBLATOR

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Nạo V.A là phẫu thuật nạo lấy bỏ tổ chức lympho viêm và quá phát ở vùng vòm mũi họng nhằm loại trừ nguyên nhân gây viêm nhiễm ở vùng mũi họng trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- V.A quá phát gây cản trở đường thở.
- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.
- V.A gây viêm kế cận.
- Tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nạo cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

Các bệnh lý nội khoa nặng như suy thận, bệnh lý về máu

2. Chống chỉ định tương đối

- Đang có viêm nhiễm cấp tính.
- Lao sơ nhiễm.
- Trẻ hở hàm ếch.
- Đang ở vùng có dịch lây đường hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên đã được đào tạo về phẫu thuật Nạo V.A nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.
- Optic 0 độ, 4 mm.
- Bộ dụng cụ Coblator.
- Banh miệng.
- Thuốc co mạch nasolin.
- Dây vén màn hầu.

3. Người bệnh

- Được khám nội soi chẩn đoán V.A trước đó.
- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.
- Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Gây mê toàn thân

4. Kỹ thuật

- Đặt thuốc co mạch (nasolin) hốc mũi 2 bên.
- Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.
- Dùng Coblator tiến hành nạo V.A qua đường miệng dưới sự kiểm tra của ống nội soi qua đường mũi.
- Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Hai giờ sau khi nạo V.A, kiểm tra họng:
  + Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.
  + Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.
- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đốt cầm máu.

SINH THIẾT U HỌNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật nhằm lấy một mảnh tổ chức bệnh lý ở trong họng miệng để làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương bệnh lý của họng miệng cần xác định mô bệnh học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các phình mạch.
- Sa màng não.
- U máu, u xơ mạch (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
  + Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.
  + Kẹp sinh thiết.
  + Bấc, gelaspon.
- Thuốc: xylocain 3% hoặc 6% (bơm xịt và đặt bấc).

3. Người bệnh

Thăm khám người bệnh và giải thích rõ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông.
- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.
- Thầy thuốc ngồi đối diện hoặc đứng ở bên phải khi người bệnh nằm.
- Gây tê bằng xylocain 3% hoặc 6% bằng bơm xịt và đặt bấc xylocain.
- Dùng kẹp bấm một mảnh tổ chức nghi ngờ, tốt nhất là bấm ở vùng rìa tổn thương, không bấm vào tổ chức hoại tử.
- Bỏ tổ chức vừa bấm vào dung dịch cố định.

VI. THEO DÕI

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường chỉ có rỉ ít máu sau khi đặt bấc thấm thuốc co mạch thì tự cầm. Nếu chảy máu nhiều phải tiến hành cầm máu cấp cứu.
- Nhiễm khuẩn: cho kháng sinh dự phòng.
- Sốc: chống sốc.

PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật xử trí chảy máu của hốc mổ amidan.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu sau cắt amidan không tự cầm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thòng lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thòng lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.
  + Chức năng gan, thận.
  + Chụp Xquang phổi.
- Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thòng lọng (Anse) dưới gây mê.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đổ dung dịch Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.
- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.
- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải hoặc bên trái.
- Hút hết dịch máu đọng trong họng, bơm rửa sạch hốc mổ, kiểm tra tìm rõ điểm chảy máu.
- Cầm máu bằng dao bipolar hoặc khâu cầm máu

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ.
- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.
- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng kiểm tra và can thiệp kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU NẠO V.A

I. ĐẠI CƯƠNG

là phẫu thuật nội soi kiểm soát chảy máu sau nạo V.A.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu không tự cầm sau nạo V.A.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa cấp I trở lên đã được đào tạo về phẫu thuật Nạo V.A nội soi.

2. Phương tiện

- Bộ nguồn sáng phẫu thuật Karl- Storz 250w.
- Optic 0 độ, 4 mm.
- Banh miệng.
- Thuốc co mạch nasolin.
- Dây vén màn hầu.

3. Người bệnh

- Được khám nội soi chẩn đoán chảy máu sau nạo V.A trước đó.
- Làm đầy đủ xét nghiệm gây mê toàn thân.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức khám trước mổ.
- Bác sĩ giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo như quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Gây mê toàn thân

4. Kỹ thuật

- Đặt thuốc co mạch (nasolin) hốc mũi 2 bên.
- Đặt dây vén màn hầu (dây nhựa hút mũi) từ mũi xuống họng để kéo màn hầu và lưỡi gà lên.
- Bơm rửa hút hết dịch và máu đọng, tìm rõ điểm chảy máu.
- Cầm máu bằng gạc tẩm oxy già. Trường hợp còn chảy máu, tiến hành đốt cầm máu bằng ống hút (suction) Bovie (qua đường miệng).

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Hai giờ sau khi nạo V.A, kiểm tra họng:
  + Nếu hết chảy máu, cho người bệnh về.
  + Nếu chảy máu, đưa vào phòng mổ cầm máu lại.
- Hẹn tái khám sau 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đốt cầm máu.

PHẪU THUẬT CẮT U AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt Amidan có khối u

II. CHỈ ĐỊNH

U amidan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tạm thời

- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.
- Đang có dịch ở địa phương.
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

2. Tuyệt đối

Trong các bệnh tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, Basedow... hen, lao đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên được đào tạo về cắt amidan gây mê.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thòng lọng (Anse) như banh miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thòng lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao điện). Ngoài ra, các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microdebrider, Coblation, Laser.

3. Người bệnh

- Phải được khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:
  + Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng đông máu toàn phần, test HIV.
  + Chức năng gan, thận.
  + Chụp Xquang phổi.
- Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnh có những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thì phải hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Vô cảm

Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, châm tê và gây mê nội khí quản, trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thòng lọng (Anse) dưới gây mê.

4. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh, người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.

5. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đổ dung dịch Betadin pha loãng vào họng rồi hút ra.
- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), đông điện thì dùng monopolar, bipolar hay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider), Coblation, Laser.
- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải để cắt amidan trái, đặt bên trái để cắt amidan phải.
- Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. Cầm máu bằng bông cầu tẩm oxy già (H_2O_2) 12 đơn vị thể tích. Trường hợp có chảy máu thì cặp buộc, đốt muối nitrat bạc 5-10%, đặt cục gạc vào hố amidan khâu trụ tạm thời 24 giờ, đốt điện thậm chí có thể thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ và chảy máu muộn do bong vảy ngày thứ 5 - 7 sau cắt amidan.
- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từ ngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.
- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng đến cơ sở y tế có chuyên khoa để kiểm tra và can thiệp kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầm máu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoài ra, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỌNG MÀN HẦU LƯỠI GÀ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở rộng khoảng thở vùng họng miệng bằng cách cắt bỏ tổ chức mô mềm thừa ở màn hầu và thành bên họng, có thể kèm cắt amidan. Phẫu thuật này có thể sử dụng laser (LAUP) để tạo sẹo màn hầu giúp giảm rung màn hầu, làm giảm ngáy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngủ ngáy.
- Hội chứng tắc nghẽn đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hở màn hầu.
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh phổi mạn tính.
- Nhạc công thổi kèn.
- Màn hầu không phải là nguyên nhân tắc nghẽn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được đào tạo phẫu thuật đầu cổ.

2. Phương tiện

- Các dụng cụ phẫu thuật đầu cổ.
- Dao điện, đông điện đơn - lưỡng cực.
- Bộ Laser CO_2 và tay cầm (nếu có).

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ về nguy cơ có thể xảy ra sau mổ.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phép phẫu thuật.
- Khám tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Đo đa ký giấc ngủ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê toàn thân.

2. Tư thế

- Nằm thẳng, đầu ngửa như trong phẫu thuật cắt amidan.
- Thầy thuốc đứng phía trên đầu người bệnh.
- Người phụ đứng một bên.

3. Kỹ thuật

Thì 1: Đặt mở miệng Davis, bộc lộ vùng họng, màn hầu.

Thì 2: Kéo lưỡi gà ra trước và lên trên, cắt niêm mạc bắt đầu từ đường giữa, phía trên lưỡi gà, đi ngang ra phía ngoài rồi vòng xuống phía đáy lưỡi.

Thì 3: Sau khi cắt niêm mạc ở mặt trong miệng, cắt cơ lưỡi gà, niêm mạc phía sau được cắt thấp hơn một mức để tạo thành vạt niêm mạc, có thể quay, khâu phủ lên cơ màn hầu. Cắt bỏ niêm mạc thừa thành bên họng ở trụ sau amidan, cùng với niêm mạc màn hầu. Cầm máu kỹ.

Thì 4: Khâu phục hồi, khâu đính cơ họng - màn hầu và cơ lưỡi - màn hầu với nhau.

Phẫu thuật này có thể thực hiện bằng Laser, Coblator, tổ chức ít bị tổn thương.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Cho kháng sinh phổ rộng, chống viêm, chống phù nề, giảm đau.
- Ăn mềm, nguội trong 10 ngày.
- Vệ sinh họng miệng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Muộn: suy màn hầu do cắt quá rộng.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG HẠ HỌNG/ HỐ LƯỠI THANH THIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy bỏ u nang hạ họng/ hố lưỡi thanh thiệt là phẫu thuật lấy bỏ khối u nang qua soi treo thanh quản trực tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối u nang nằm ở vùng hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).
- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.
- Đông điện.
- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

3. Người bệnh

- Được khám để xác định vị trí kích thước khối u nang.
- Được giải thích về phẫu thuật.
- Điều trị phối hợp ngăn ngừa phản xạ trào ngược dịch dạ dày (nếu có), để tránh dịch dạ dày gây nhiễm khuẩn vết mổ làm cho vết mổ lâu lành.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.
- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.
- Siêu âm tuyến giáp, chụp xạ hình tuyến giáp nếu nghi ngờ tuyến giáp lạc chỗ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản, trường hợp khối u nhỏ, đáy lưỡi không quá dày có thể gây tê tại chỗ. Nếu u to, có khó thở, cần chọc hút giảm thể tích trước khi gây mê.

2. Tư thế người bệnh

Người bệnh được đặt theo tư thế nằm, đầu ngửa, có kê gối dưới vai.

3. Kỹ thuật

- Dùng bộ soi thanh quản treo bộc lộ rõ hạ họng/hố lưỡi thanh thiệt.
- Dùng dụng cụ vi phẫu lấy bỏ khối u.
- Kiểm tra và cầm máu kỹ bằng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Cho kháng sinh 5 ngày.

- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn vết cắt.
- Chảy máu: nếu chỉ chảy máu các mạch nhỏ, cho các thuốc cầm máu, ngậm đá lạnh, nếu chảy nhiều phải mổ lại cầm máu.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NHỎ LÀNH TÍNH DÂY THANH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ các khối u nhỏ lành tính dây thanh (u nang, polyp, hạt xơ) nhằm phục hồi chức năng phát âm cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nang dây thanh
- Polyp dây thanh
- Hạt xơ dây thanh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định do bệnh lý toàn thân không thể gây mê hay gây tê, phẫu thuật được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa I Tai Mũi Họng trở lên, được đào tạo về phẫu thuật thanh quản
- Bác sĩ Tai Mũi Họng trợ giúp.
- Bác sĩ Gây mê hồi sức.
- Kĩ thuật viên Gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng Tai Mũi Họng trợ giúp.

2. Phương tiện

- Bộ soi treo vi phẫu thanh quản.
- Bộ kẹp phẫu tích, kéo vi phẫu thanh quản, laser (nếu có).
- Kính hiển vi phẫu thuật (nếu có).
- Bộ nội soi phẫu thuật, que dẫn sáng 0,4 mm.
- Máy hút, ống hút.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.
- Làm bệnh án theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, nội soi thanh quản.

2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá tình trạng hô hấp.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Vô cảm

Gây mê nội khí quản, gây tê trong trường hợp người bệnh không có khả năng gây mê.

3.2 Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.

3.3 Kỹ thuật

- Người bệnh được gây mê nội khí quản hoặc tiền mê và gây tê tại chỗ.

- Dùng ống soi thanh quản có giá treo (Karlz - Storz) bộc lộ thanh quản sát tận mép trước, đánh giá khối u
- Dùng kẹp phẫu tích và kéo vi phẫu cắt bỏ u dưới niêm mạc dây thanh.
- Cắt phẳng bờ tự do.
- Cầm máu kỹ.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng khó thở
- Chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: soi treo cầm máu.
- Cắt tổn thương vào lớp cơ của dây thanh