CÔNG TY TNHH THẨM MỸ VIỆN KHÁNH HẰNG
PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA THẨM MỸ KHÁNH HẰNG

HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TẠO HÌNH – THẨM MỸ

55 quy trình cho 52 kỹ thuật thuộc danh mục kỹ thuật
được phê duyệt theo Quyết định số 1332/QĐ-SYT ngày 18/11/2020
của Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh

(Ban hành kèm theo Quyết định số ...../QĐ-PKKH ngày ..... tháng ..... năm 2026
của Giám đốc Công ty TNHH Thẩm mỹ viện Khánh Hằng)

109D Phạm Văn Hai, Phường Tân Sơn Hòa, TP. Hồ Chí Minh
Giấy phép hoạt động số 08304/HCM-GPHĐ ngày 18/11/2020

LƯU HÀNH NỘI BỘ
TP. Hồ Chí Minh – 2026

CÔNG TY TNHH THẨM MỸ VIỆN KHÁNH HẰNG **PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA THẨM MỸ KHÁNH HẰNG**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: ...../QĐ-PKKH	*TP. Hồ Chí Minh, ngày ..... tháng ..... năm 2026*

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại Phòng khám Chuyên khoa Thẩm mỹ Khánh Hằng

GIÁM ĐỐC CÔNG TY TNHH THẨM MỸ VIỆN KHÁNH HẰNG

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 59/2020/QH14 ngày 17 tháng 6 năm 2020 và Điều lệ Công ty TNHH Thẩm mỹ viện Khánh Hằng;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02 tháng 10 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ - Tập 1";

Căn cứ Quyết định số 3074/QĐ-BYT ngày 02 tháng 10 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ - Tập 2";

Căn cứ Giấy phép hoạt động số 08304/HCM-GPHĐ do Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh cấp ngày 18 tháng 11 năm 2020;

Căn cứ Quyết định số 1332/QĐ-SYT ngày 18 tháng 11 năm 2020 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt danh mục kỹ thuật thực hiện tại Phòng khám;

Xét đề nghị của TS.BS Lâm Quang An, người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của Phòng khám Chuyên khoa Thẩm mỹ Khánh Hằng,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 55 quy trình kỹ thuật áp dụng cho 52 kỹ thuật trong danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt của Phòng khám, gồm:

1. 35 quy trình áp dụng nguyên văn theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT và Quyết định số 3074/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế, cho 32 kỹ thuật (Phụ lục I);
2. 20 quy trình do Phòng khám xây dựng theo quy trình tương tự của Bộ Y tế, cho 20 kỹ thuật chưa có quy trình riêng trong hai tài liệu trên. Tài liệu tham khảo ghi ở cuối

mỗi quy trình (Phụ lục II).

Điều 2. Toàn văn các quy trình được in, đóng dấu giáp lai và lưu tại hồ sơ quy trình kỹ thuật của Phòng khám. Phòng khám đăng các quy trình trên phần mềm hồ sơ bệnh án (mục Vận hành → Quy trình kỹ thuật) để nhân viên tra cứu. Khi bản trên phần mềm khác bản in, áp dụng theo bản in.

Điều 3. Tổ chức thực hiện:

1. Bác sĩ phụ trách chuyên môn phổ biến các quy trình đến nhân viên y tế có liên quan, có biên bản phổ biến.
2. Bác sĩ phụ trách chuyên môn giám sát việc tuân thủ bằng bảng kiểm, ít nhất 2 ca mỗi tháng; tháng có dưới 2 ca thì giám sát tất cả các ca.
3. Người hành nghề thực hiện kỹ thuật đúng quy trình được ban hành.
4. Phòng khám rà soát, cập nhật các quy trình ít nhất mỗi năm một lần, và khi Bộ Y tế ban hành hoặc sửa đổi quy trình liên quan, hoặc khi danh mục kỹ thuật thay đổi.

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các quy trình kỹ thuật nội bộ ban hành trước đây (nếu có) hết hiệu lực. Bác sĩ phụ trách chuyên môn và nhân viên y tế của Phòng khám chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Lưu: hồ sơ quy trình kỹ thuật, VT.

GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu Công ty)

.....

Phụ lục I. 35 quy trình áp dụng nguyên văn của Bộ Y tế

(Kèm theo Quyết định số ...../QĐ-PKKH ngày ..... của Giám đốc Công ty TNHH Thẩm mỹ viện Khánh Hằng)

Gồm 32 kỹ thuật, 35 quy trình. Ba kỹ thuật 157, 197, 421 áp dụng 2 quy trình. Tập 1 ban hành theo QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 2 theo QĐ 3074/QĐ-BYT.

STT	Mã KT	Kỹ thuật	Quy trình Bộ Y tế
1	48	Phẫu thuật điều trị hở mi	Tập 2, số 20
2	52	Phẫu thuật mở rộng khe mi	Tập 1, số 195
3	103	Tạo hình nâng xương chính mũi	Tập 1, số 244
4	106	Chỉnh sụn cánh mũi	Tập 1, số 237
5	148	Tạo hình thu nhỏ vành tai	Tập 1, số 258
6	157	Tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai	Tập 1, số 99 và số 263
7	161	Khâu đơn giản vết thương vùng mặt cổ	Tập 1, số 269
8	197	Cắt u da mặt lành tính (< 3 cm)	Tập 1, số 105 và số 102
9	198	Khâu đóng trực tiếp sẹo cổ, mặt (< 3 cm)	Tập 1, số 8
10	199	Khâu đóng trực tiếp sẹo cổ, mặt (> 3 cm)	Tập 1, số 88
11	202	Sửa sẹo cổ, mặt bằng vạt da tại chỗ (< 3 cm)	Tập 2, số 38
12	213	Ghép da dày toàn bộ < 10 cm^2	Tập 1, số 133
13	226	Cắt nơvi sắc tố vùng hàm mặt	Tập 1, số 265
14	414	Thu gọn môi dày	Tập 1, số 330
15	415	Độn môi	Tập 1, số 331
16	416	Điều trị cười hở lợi	Tập 1, số 332
17	418	Thừa da mi trên	Tập 1, số 198
18	421	Tạo hình mắt hai mí	Tập 1, số 201 và số 202
19	424	Thừa da mi dưới	Tập 1, số 203
20	426	Treo cung mày trực tiếp	Tập 1, số 199
21	428	Nâng, độn vật liệu sinh học điều trị má hóp	Tập 1, số 325
22	429	Nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân	Tập 1, số 326

STT	Mã KT	Kỹ thuật	Quy trình Bộ Y tế
23	430	Nâng mũi bằng vật liệu độn nhân tạo	Tập 1, số 327
24	432	Thu gọn cánh mũi	Tập 1, số 241
25	433	Chỉnh hình mũi gồ (mài xương)	Tập 1, số 242
26	434	Chỉnh hình mũi lệch (mài xương)	Tập 1, số 243
27	437	Nâng gò má bằng vật liệu độn nhân tạo	Tập 1, số 328
28	451	Hút mỡ vùng cằm	Tập 1, số 333
29	453	Hút mỡ vùng nếp mũi má, má	Tập 1, số 335
30	481	Độn cằm	Tập 1, số 329
31	487	Laser điều trị u da	Tập 1, số 349
32	488	Laser điều trị nám da	Tập 1, số 350

Phụ lục II. 20 quy trình xây dựng theo quy trình tương tự của Bộ Y tế

(Kèm theo Quyết định số ...../QĐ-PKKH ngày ..... của Giám đốc Công ty TNHH Thẩm mỹ viện Khánh Hằng)

Các kỹ thuật này chưa có quy trình riêng trong Tập 1 và Tập 2. Mỗi quy trình lấy một quy trình Bộ Y tế làm khung và ghi tài liệu tham khảo ở cuối.

STT	Mã KT	Kỹ thuật	Nhóm
1	53	Đặt canuyn mũi hầu, miệng hầu	Cấp cứu
2	65	Bóp bóng Ambu qua mặt nạ	Cấp cứu
3	66	Đặt ống nội khí quản	Cấp cứu
4	100	Thu nhỏ đầu mũi	Mũi
5	102	Hạ thấp sống mũi	Mũi
6	240	Lấy bỏ chất liệu độn vùng mặt cổ	Mặt, cổ
7	423	Lấy bọng mỡ mi dưới	Mắt
8	425	Sửa biến chứng sau mổ vùng mắt	Mắt
9	431	Nâng mũi bằng sụn tự thân (sụn vành tai)	Mũi
10	435	Sửa biến chứng sau nâng mũi	Mũi
11	441	Căng da mặt bán phần	Căng da
12	447	Căng da trán thái dương	Căng da
13	449	Sửa biến chứng sau căng da mặt	Căng da
14	483	Chỉnh hình cằm bằng tiêm chất làm đầy	Tiêm
15	489	Laser điều trị đồi mồi	Laser
16	490	Laser điều trị nếp nhăn	Laser
17	491	Tiêm Botulinum điều trị nếp nhăn	Tiêm
18	492	Tiêm chất làm đầy xóa nếp nhăn	Tiêm
19	493	Tiêm chất làm đầy nâng mũi	Tiêm
20	494	Tiêm chất làm đầy độn mô (cằm, đường viền hàm)	Tiêm

Người lập	Người duyệt	Người ban hành
(Ký, ghi rõ họ tên)	TS.BS Lâm Quang An, người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật *(Ký, ghi rõ họ tên)*	Giám đốc Công ty *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu Công ty)*
Ngày:	Ngày:	Ngày: .....

TOÀN VĂN 55 QUY TRÌNH KỸ THUẬT

(Kèm theo Quyết định số ...../QĐ-PKKH ngày ...../...../2026 của Giám đốc Công ty TNHH Thẩm mỹ viện Khánh Hằng)

Tài liệu kèm theo Quyết định ban hành. Toàn văn chia thành 14 phần theo đúng thứ tự trên webapp (Vận hành → Quy trình kỹ thuật). Phần có quy trình Bộ Y tế ghi nguyên văn theo QĐ 3073/QĐ-BYT (Tập 1) và QĐ 3074/QĐ-BYT (Tập 2). Phần soạn theo quy trình tương tự ghi tài liệu tham khảo ở cuối mỗi quy trình.

Mã 48 — PHẪU THUẬT GHÉP MẢNH VÀNG ĐIỀU TRỊ HỞ MI

QĐ 3074/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 2, quy trình số 20 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 48 · Phẫu thuật điều trị hở mi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở mi mắt là một tình trạng của mắt cụ thể là mi mắt không có khả năng khép kín lại ngay cả khi bệnh nhân đã chủ động nhắm mắt.
- Kiểm tra chức năng của dây thần kinh số VII bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện việc nhắm 2 mắt như đi ngủ hoặc nhắm chặt mắt chủ động. Nếu nhận thấy hình dạng mi mắt bị biến đổi, cơ chế bơm nước mắt bị ảnh hưởng, bề mặt nhãn cầu bị tổn thương thì sẽ chẩn đoán là bệnh nhân đã bị hở mi mắt.
- Nếu đã được chẩn đoán hở mi cần điều trị sớm để tránh gây ảnh hưởng nặng nề đến các chức năng và hoạt động bình thường của mắt, về lâu dài cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến sinh hoạt của người bệnh.
- Nguyên nhân gây hở mí mắt
- + Liệt dây thần kinh mặt (cụ thể là dây thần kinh số VII)
- + Tổn thương cơ mặt hoặc tổn thương tại mắt
- + Khối u vùng mắt
- + Chấn thương sọ não
- + Bệnh lý về mắt như lồi mắt, lõm mắt, sẹo trong mắt...
- + Rối loạn giấc ngủ
- + Biến chứng sau phẫu thuật thẩm mỹ (cắt mí, loại bỏ bọng mắt...), đa số các trường hợp là ở mi dưới
- + Có thể do di truyền: nhiều thành viên trong gia đình có tình trạng này thì khả năng rất cao bạn cũng sẽ gặp phải vấn đề đó.
- Biến chứng thường gặp của hở mi mắt
- + Do đặc điểm cấu tạo của mắt luôn cần được bôi trơn để có thể hoạt động được bình thường. Cụ thể, khi mắt nhắm hoặc chớp mắt sẽ giúp cung cấp nước cho mắt, nước được bôi đều trên toàn bộ giác mạc, phần kết mạc phía trước nhãn cầu, giúp cho đôi mắt không bị mỏi và khô.
- + Khi mi mắt bị hở, không thể chớp mắt được, lâu dần mặt sẽ bị khô, mờ đục hay thậm chí là loét giác mạc, gây ảnh hưởng không nhỏ đến thị lực, thậm chí trường hợp nặng có thể gây mù lòa.
- + Cần phải đề cập đến việc hở mi mắt khiến mắt không thể nhắm khi ngủ nên bị bụi bẩn và dị vật rơi vào mắt khiến mắt bị đau, nhiễm trùng mắt, viêm kết mạc, viêm giác mạc...

2. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp hở mi do bệnh lý gây co rút cơ mi trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Rạch da mi trên theo thiết kế đường cong song song với bờ mi.

6.2. Bước 2:

- Bóc tách qua lớp cơ vòng mi
- Bộc lộ sụn mi trên
- Đặt mảnh vàng lên trên sụn mi

- Khâu cố định mảnh vàng vào sụn mi

6.3. Bước 3:

- Khâu đóng da bằng chỉ nylon 6/0.
- Khâu cố định bờ mi trên dưới.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi tái phát sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.
- Phản ứng thải loại với mảnh vàng. Xử trí: lấy bỏ mảnh vàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

Mã 52 — PHẪU THUẬT MỞ RỘNG KHE MI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 195 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 52 · Phẫu thuật mở rộng khe mi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí.
- Nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) hay còn gọi là nếp quạt là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới.
- Nếp quạt xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ.
- Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành.
- Sự hiện diện của nếp quạt ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này.
- Nếu kể đến những vết tích nhỏ, thì hầu hết người châu Á đều có nếp quạt này. Chính vì vậy, nếp quạt là điểm đặc trưng cơ bản của khuôn mặt châu Á.
- Ưu điểm: hồi phục nhanh, có thể áp dụng cho hầu hết các trường hợp tạo hình mí thì đầu ở người còn trẻ, hầu như không để lại sẹo trên da.
- Nhược điểm: chỉ định chặt chẽ, mí không đều.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có nếp quạt ở góc mắt trong, hẹp khe mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain

- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1:

- Thiết kế phần da thừa ở góc mắt trong nếp mí.
- Rạch da mi theo thiết kế.

6.2. Bước 2:

- Chuyển vạt, cắt da thừa để tạo hình góc mắt trong rõ ràng.
- Khâu tạo hình dây chằng góc mắt trong nếu cần.

6.3. Bước 3:

- Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, ...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc hở mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

Mã 103 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NÂNG XƯƠNG CHÍNH MŨI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 244 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 103 · Phẫu thuật tạo hình nâng xương chính mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình nâng xương chính mũi trong điều trị sập xương chính mũi do chấn thương.
- Nguyên tắc: nắn chỉnh lại xương về vị trí ban đầu, cố định xương ổn định.
- Mục đích khôi phục lại chức năng thở và thẩm mỹ cho bệnh nhân

2. CHỈ ĐỊNH

Sập xương chính mũi do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Sát trùng vết mổ

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ và gây tê vùng thần kinh dưới ổ mắt hai bên

6.3. Bước 3: Dùng dụng cụ nâng xương đưa vào qua lỗ mũi trước làm bật xương chính mũi lên vị trí bình thường 6.4 Bước 4: Cố định trong bằng merocel và cố định ngoài

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu mũi. Xử trí: đặt meche, đặt merocele, cầm máu bằng đông điện, bipolar

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vách ngăn: Vách ngăn sau phẫu thuật có thể có phồng, tụ máu gây ra tiêu sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. Sirhan Alvi, Bhupendra (2023), “Nasal fracture reduction”. StatPearls.

Mã 106 — PHẪU THUẬT CHỈNH SỤN CÁNH MŨI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 237 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 106 · Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi là phẫu thuật tạo hình lại cấu trúc sụn cánh mũi trong trường hợp biến dạng cánh mũi ảnh hưởng đến chức năng hô hấp hoặc thẩm mỹ người bệnh.
- Nguyên lý: sử dụng các kĩ thuật tạo hình như vạt tại chỗ, sụn tự thân… để tạo hình lại mũi biến dạng.
- Mục đích của kỹ thuật: Phục hồi thẩm mỹ và chức năng của mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có cánh mũi to, bè mất cân đối

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin)
- Betadin sát khuẩn 10%
- Kháng sinh lọ ngâm sụn

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi

- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: Đánh giá tình trạng toàn thân như chiều cao, cân nặng, tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm của mũi, biến dạng cánh mũi, so sánh với bên lành.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 phút (3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng chân cánh mũi cần cắt bỏ

6.2. Bước 2: Trong trường hợp 2 bên cánh mũi không quá bè và lỗ mũi nhỏ gọn thì bác sĩ chỉ cần dùng chỉ y tế khâu cuộn cánh mũi từ bên trong để giúp cánh mũi được thu gọn lại.

6.3. Bước 3: Trong trường hợp 2 bên cánh mũi trông to và bè rộng thì bác sĩ sẽ rạch 1 đường nhỏ ở phần dưới cánh mũi và cắt bỏ phần da thừa rồi khâu lại. 6.4 Bước 4: Phương pháp này giúp cải thiện được hình dáng thô và to của lỗ mũi. Tuy nhiên, khuyết điểm của phương pháp phẫu thuật này là lúc đầu có thể để lại vết sẹo nhỏ có thể nhìn thấy được ở phần bên dưới cánh mũi nhưng sau một thời gian ngắn vết sẹo sẽ mờ dần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu sau mổ: vùng mổ căng đau bất thường, chảy máu ra băng, xét nghiệm công thức máu.
- Dấu hiệu bất thường về hô hấp: khó thở tăng dần hoặc suy hô hấp

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu trong mổ do tổn thương mạch máu: cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip, khâu buộc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi công thức máu và tình trạng đông máu. Xử trí: băng ép cầm máu; truyền dịch, máu và các yếu tố đông máu. Nếu thất bại mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh. Nếu thất bại chuyển mổ dẫn lưu.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, sẹo phì đại. Xử trí: tùy theo tổn thương.
- Lộ sụn, viêm sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”,Elsevier Inc.

4. Yidan Sun, Zhenmin Zhao (2021), “Application of digital technology in nasal reconstruction”. Chinese Journal of Plastic and Reconstructive Surgery Volume 3, Issue 4, December 2021, Pages 204-208

Mã 148 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THU NHỎ VÀNH TAI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 258 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 148 · Phẫu thuật tạo hình thu nhỏ vành tai

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình thu nhỏ vành tai là bỏ bớt một phần tổ chức vành tai nhưng vẫn giữ được đầy đủ thành phần cấu trúc với kích thước tương ứng.
- Mục đích của phẫu thuật nhằm đưa vành tai về kích thước bình thường, cân đối với bên còn lại, phù hợp với kích thước khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có vành tai lớn so với lứa tuổi, nhân trắc học hoặc so với bên còn lại, có nhu cầu thu gọn để đạt tính thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận
- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật

- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 180 phút (1,5 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da, đo đạc kích thước tai lành

6.2. Bước 2: Bơm rửa lỗ tai ngoài

6.3. Bước 3: Bóc tách, phẫu tích tổ chức, cắt bỏ một phần vành tai theo thiết kế để tạo hình tai mới có kích thước như mong muốn

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3.FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

Mã 157 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÀNH TAI DƯỚI 2-5 CM SẸO LỒI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 99 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 157 · Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật nhằm cắt bỏ sẹo lồi kích thước từ 2–5 cm ở vành tai, đồng thời tạo hình lại cấu trúc tai để đảm bảo thẩm mỹ và chức năng.
- Nguyên lý: Loại bỏ hoàn toàn mô sẹo lồi, hạn chế tái phát bằng kỹ thuật cắt lọc hợp lý. Tái tạo vành tai bằng khâu tạo hình, đôi khi cần xoay vạt da hoặc khâu nhiều lớp để bảo tồn viền tai. Phối hợp điều trị chống tái phát: ép sẹo, tiêm corticoid, laser, hoặc xạ trị sau mổ.
- Mục đích: Loại bỏ sẹo lồi gây mất thẩm mỹ, ngứa, đau hoặc co kéo biến dạng tai. Phục hồi hình dạng tự nhiên của vành tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo lồi vành tai kích thước 2-5 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02 5.2 Thuốc: Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức. 5.3 Thiết bị y tế:
- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun 5.4 Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án. 5.5 Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật… 5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút 5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật 5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên tai đối diện với tai cần tạo hình

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê 6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt sẹo 6.2 Bước 2: Cắt sẹo theo thiết kế 6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết tai hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng tai nhiều sau đóng trực tiếp. 6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ 6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
- Truyền dịch 7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
- Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
- Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:

- Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
- Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần. 7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
- Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
- Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
- Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
- Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo. 7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo lồi tái phát
- Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng tai.
- Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), “Giải phẫu người, tập 1”, Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

Mã 157 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO LỒI QUÁ PHÁT VÀNH TAI TRÊN 5 CM

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 263 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 157 · Phẫu thuật tạo hình sẹo lồi quá phát vành tai

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sẹo lồi, quá phát vành tai có thể hình thành sau khi xỏ lỗ đeo khuyên tai, bị chấn thương, mụn nhọt sau phẫu thuật. Khi tai bị tổn thương hoặc bị nhiễm trùng, các mô xơ thường được hình thành để bảo vệ và chữa lành vết thương. Tuy nhiên, đôi khi sự tăng trưởng mô quá mức có thể dẫn tới sẹo lồi, sẹo quá phát.
- Nguyên lý của phẫu thuật là cắt bỏ sẹo lồi, sau cắt sẹo có thể đóng trực tiếp hoặc dùng vạt tổ chức để tạo hình vành tai.
- Mục đích: Phẫu thuật tạo hình điều trị sẹo lồi quá phát vành tai lớn nhằm giảm triệu chứng đau ngứa, đạt tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có sẹo lồi, sẹo quá phát vành tai trên 5cm sau chấn thương hoặc phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da

- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Thước đo.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với vành tai bên đối diện.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ. Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế đường rạch da.

6.2. Bước 2:. Tiêm tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế

6.4. Bước 4: Lấy bỏ sẹo lồi quá phát.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vết mổ.

6.6. Bước 6: Băng vết mổ

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí bù khối lượng tuần hoàn, cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Hoại tử mép vết mổ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

Mã 161 — PHẪU THUẬT KHÂU ĐƠN GIẢN VẾT THƯƠNG VÙNG MẶT CỔ

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 269 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 161 · Phẫu thuật khâu đơn giản vết thương vùng mặt cổ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vùng mặt cổ là vùng có đặc điểm giải phẫu và sinh lý riêng trên cơ thể con người, nếu các vết thương không được xử trí đúng cách có thể để lại nhiều di chứng liên quan đến thẩm mỹ và chức năng. Một trong những hậu quả đó là để lại sẹo vĩnh viễn, tổn thương thần kinh, gây biến dạng khuôn mặt và sang chấn nặng nề về tinh thần cho người bệnh.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc tiết kiệm, làm sạch, khâu phục hồi đúng theo các lớp giải phẫu.
- Mục đích của phẫu thuật là giúp liền thương, tránh nhiễm trùng, phục hồi về chức năng, thẩm mỹ vùng mặt cổ

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương đơn giản vùng mặt cổ có thể đóng trực tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương quá rộng.

4. THẬN TRỌNG

Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch.

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ

- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da.
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: tình trạng đa chấn thương, cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vết thương, kích thước, độ sâu.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 180 phút (0,5 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ hoặc phòng tiểu phẫu.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ vị trị vết thương

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Tiêm tê tại chỗ

6.2. Bước 2: Kiểm tra kỹ tổn thương để lấy bỏ toàn bộ dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử, dập nát nhưng cần tiết kiệm tối đa. Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước oxy già, Betadin 10% hoặc nước muối sinh lý

6.3. Bước 3: Đánh giá mức độ tổn thương

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi tổn thương: Khâu theo các lớp giải phẫu

6.5. Bước 5: Có thể đặt dẫn lưu (nếu cần)

6.6. Bước 6: Băng vết khâu

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Xử trí cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

- Holt G.R., (2002), Acute soft tissue injuries of the face. Ira D. Paper. Facial Plastic and Reconstructive Surgery, second edition, Thieme Medical Publishers, 54, 689-696.
- H. Weerda, (2001), Reconstructive Plastic Facial Surgery, Thieme Medical Publishers, Chapter 2: Basic Principles of Facial Surgery, pp 3-9.

Mã 197 — CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 105 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 197 · Phẫu thuật cắt u da mặt lành tính (u dưới 3cm)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da vùng hàm mặt.
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng giải phẫu các đơn vị vùng mặt, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng mặt. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U phần mềm vùng cổ dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01 5.2 Thuốc:
- Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức. 5.3 Thiết bị y tế:
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun 5.4 Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án. 5.5 Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật. 5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút 5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật. 5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê 6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u 6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế 6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt trực tiếp hoặc tạo hình bằng các vạt tại chỗ. 6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ 6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch 7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
- Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
- Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
- Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
- Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần. 7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
- Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
- Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ

- Bục vết mổ:
- Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
- Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo. 7.4 Biến chứng muộn. Sẹo xấu
- Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
- Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

Mã 197 — PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT DƯỚI 2 CM

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 102 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 197 · Phẫu thuật cắt u da mặt lành tính (u dưới 3cm)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa Là phẫu thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u lành tính xuất phát từ da mặt có kích thước dưới 2cm,
- Nguyên lý: Cắt trọn khối u, đảm bảo lấy sạch tổ chức bệnh lý.Bảo tồn tối đa hình dạng giải phẫu các đơn vị vùng mặt, khâu phục hồi giải phẫu theo lớp.
- Mục đích: Loại bỏ triệt để u da, ngăn ngừa tái phát hoặc biến vùng mặt. Phục hồi thẩm mỹ và chức năng các đơn vị thẩm mỹ vùng mặt. Xác định mô bệnh học nếu cần thiết (giải phẫu bệnh).

2. CHỈ ĐỊNH

U da mặt dưới 2 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01 5.2 Thuốc: Thuốc gây mê toàn thân, thuốc tê tại chỗ (Lidocain Adrenalin 1/20000), kháng sinh dự phòng, thuốc vận mạch, dịch truyền, thuốc hồi sức. 5.3 Thiết bị y tế:
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật
- Bông băng, gạc mỡ, băng chun 5.4 Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án. 5.5 Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy. 5.6 Thời gian phẫu thuật: 60 phút 5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật. 5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Nằm ngửa, đầu nghiêng

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ 6.1 Bước 1: Thiết kế diện cắt u 6.2 Bước 2: Cắt u theo thiết kế 6.3 Bước 3: Khâu đóng lại tổn khuyết vùng mặt hoặc tạo hình tổn khuyết bằng các vạt tại chỗ nếu biến dạng đơn vị giải phẫu nhiều nhiều sau đóng trực tiếp. 6.4 Bước 4: Băng ép vết mổ 6.5 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Sức sống của vạt tạo hình nếu có.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Thuốc chống đông: heparin, lovenox, aspirin
- Truyền dịch 7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:
- Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
- Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
- Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
- Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần. 7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
- Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.

- Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, cấy khuẩn, điều trị kháng sinh đồ
- Bục vết mổ:
- Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
- Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo. 7.4 Biến chứng muộn.
- Sẹo xấu
- Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo co kéo biến dạng vùng mặt.
- Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), " Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), "Giải phẫu người, tập 1", Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), " Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

Mã 198 — PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ MẶT (DƯỚI 3 CM

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 8 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 198 · Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (dưới 3cm)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật cắt bỏ và khâu đóng trực tiếp sẹo xấu vùng cổ mặt dưới 3cm.
- Nguyên lý: Lấy bỏ tổ chức xơ sẹo, phục hồi vết thương theo lớp giải phẫu.
- Mục đích của kĩ thuật:
- Lấy bỏ tổ chức xơ sẹo cũ
- Tạo vết sẹo mới có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo xấu vùng cổ mặt kích thước dưới 3cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Tình trạng sẹo đang nhiễm trùng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 02
- Điều dưỡng: 02 5.2 Thuốc:
- Thuốc co mạch
- Nước cất

5.3. Thiết bị y tế:

- Bơm tiêm: 5ml
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Dao mổ điện

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút (0,5 - 1 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật: Phòng phẫu thuật bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

6.1. Bước 1: Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

6.2. Bước 2: Gây mê toàn thân ở trẻ nhỏ hoặc gây tê vùng ở người lớn

6.3. Bước 3: Kỹ thuật:

- Đánh giá vết sẹo về vị trí, kích thước, sự co kéo tổ chức xung quanh
- Cắt theo ranh giới giữa tổ chức sẹo và da lành, cắt đến hết đáy tổ chức sẹo
- Cầm máu bằng bipolar hoặc chỉ khâu cầm máu
- Bóc tách 2 mép vết thương để làm giảm lực căng cho đường mổ
- Với vùng cổ mặt có thể tạo vết sẹo zig-zag hoặc Z-plasty để đem lại kết quả thẩm mỹ hơn
- Khâu vết thương theo lớp

- Băng vết mổ

6.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Tình trạng tri giác, vết mổ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: chống sốc, chống dị ứng.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương. Xử trí: cầm máu, thuốc co mạch

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật:

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, mở vết mổ nếu cần.
- Chảy máu: máu chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sẹo xấu, sẹo lồi: xử lý tuỳ theo tình trạng tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản (2017). NXB y học
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc
- Grabb and Smith’s Plastic Surgery (2014). Lippincott William & Wilkins, USA

Mã 199 — PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ, MẶT (TRÊN 3 CM)

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 88 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 199 · Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (trên 3cm)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Sẹo vùng cổ mặt di chứng sau chấn thương hoặc sau một phẫu thuật ngoại khoa quy ước.
- Nguyên lý: cắt bỏ sẹo cũ và khâu đóng trực tiếp theo các lớp giải phẫu
- Mục đích: nhằm loại bỏ sẹo cũ, cải thiện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ vùng cổ mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo vùng cổ mặt kích thước trên 3 cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân mạn tính chưa được kiểm soát ổn định
- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ: 03
- Điều dưỡng: 01 5.2 Thuốc:
- Thuốc gây tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất 5.3 Thiết bị y tế:
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chỉ phẫu thuật tan, không tan
- Bông gạc phẫu thuật 5.4 Người bệnh
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa…

- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo lông, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án. 5.5 Hồ sơ bệnh án
- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật. 5.6 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút 5.7 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật. 5.8 Kiểm tra hồ sơ và người bệnh
- Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vị trí của sẹo.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ 6.1 Bước 1:

- Vẽ, thiết kế đường rạch da hình elip, chiếc lá theo đường căng da
- Tiêm tê tại chỗ lidocain và adrenalin 1/200.000 6.2 Bước 2: Xử lý tổn thương:
- Cắt bỏ toàn bộ sẹo theo đường vẽ thiết kế
- Bóc tách mép vết mổ tách phần dưới da và cơ bên dưới
- Khâu cơ, cân và khâu tổ chức dưới da theo các lớp bằng chỉ tự tiêu
- Khâu da bằng chỉ nylon hoặc keo dán da 6.3 Bước 3: Băng ép nhẹ mổ sau khâu 6.4 Kết thúc quy trình
- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi..

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng vết thương.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật:
- Kháng sinh: kết hợp hai kháng sinh
- Chống viêm, giảm phù nề
- Truyền dịch 7.2 Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật:
- Tai biến của gây tê, gây mê:

- Triệu chứng: Dị ứng, sốc phản vệ...
- Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu:
- Triệu chứng: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da…
- Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần. 7.3 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Nhiễm trùng, áp xe
- Triệu chứng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.
- Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Bục vết mổ:
- Triệu chứng: vết thương toác rộng, đứt chỉ.
- Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo. 7.4 Biến chứng muộn. Sẹo xấu
- Triệu chứng: sẹo lồi, sẹo quá phát, sẹo giãn lõm, sẹo co kéo biến dạng:
- Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật vi phẫu. Số 3448/QĐ-BYT ngày 07/06/2018
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018.
- Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.
- Trịnh Đức Minh (1998), “Giải phẫu người, tập 1”, Nhà xuất bản y học.
- Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.

Mã 202 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG VẠT TẠI CHỖ CHO KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MẶT CỔ

QĐ 3074/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 2, quy trình số 38 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 202 · Phẫu thuật sửa sẹo vùng cổ, mặt bằng vạt da tại chỗ (dưới 3cm)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật tạo hình bằng vạt tại chỗ cho khuyết phần mềm vùng mặt cổ là phẫu thuật điều trị các tổn khuyết vùng mặt cổ bằng chuyển các vạt tại chỗ.
- Nguyên lý phẫu thuật: Cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng kín tổn khuyết bằng chuyển vạt tại chỗ trong cùng một đơn vị thẩm mỹ vùng mặt cổ
- Mục đích: Cải thiện chức năng, thẩm mỹ vùng hàm mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm phần mềm vùng hàm mặt có thiểu hổng tổ chức kích thước nhỏ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh mạn tính toàn thân, bệnh tại chỗ nặng không thể phẫu thuật
- Vết thương phần mềm vùng hàm mặt không có thiếu hổng tổ chức hoặc thiếu hổng tổ chức quá lớn phải sử dụng vạt vi phẫu hoặc cuống liền từ xa.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương vùng hàm mặt có nhiễm khuẩn tại chỗ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 3 người
- Điều dưỡng: 3 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn
- Kháng sinh
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Thuốc mê

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 10ml, 20ml, 50ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ dùng 1 lần các cỡ
- Chi tiêu đa sợi và đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật các cỡ
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải Nylon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ vết thương phần mềm vùng hàm mặt
- Khám các chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, mắt, tai mũi họng nếu cần.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do gây mê, gây tê, thuốc điều trị hoặc do cơ địa người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng các rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc các bệnh kèm theo, cơ địa
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật để ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo qui định
- Người nhà và/hoặc người bệnh kí hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian phẫu thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Vẽ thiết kế đường rạch da cắt lọc vết thương và chuyển vạt tại chỗ trên cùng một đơn vị thẩm mỹ vùng mặt cổ

6.2. Bước 2: Đánh rửa làm sạch vết thương vùng hàm mặt

6.3. Bước 3: Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương đến phần chảy máu tốt

6.4. Bước 4: Rạch da bóc tách vạt phần mềm tại chỗ theo thiết kế

6.5. Bước 5: Xoay chuyển vạt phần mềm tại chỗ tạo hình che phủ tổn khuyết

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo từng lớp

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kĩ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, đốt điện hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mở lại vết mổ kiểm tra cầm máu nếu cần
- Phù nề tổ chức. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề…

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo tình trạng sẹo.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xủ trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Facial Plastic and Reconstructive Surgery | 9781604068481 | Thieme Webshop.”Thieme USA, shop.thieme.com/Facial- Plastic- and- Reconstructive- Surgery/9781604068481.

2. “Grabb and Smith’s Plastic Surgery.” Ovid - Grabb and Smith’s Plastic Surgery |Wolters Kluwer, www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/grabb- and- smiths- plastic- surgery- 3467.

3. Neligan, Peter C. “Volume 3: Craniofacial, Head and Neck and Pediatric PlasticSurgery.” Elsevier, 11 Aug. 2023, www.asia.elsevierhealth.com/plastic- surgery- 6- volume- set- 9780323810371.html.

Mã 213 — GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ DIỆN TÍCH DƯỚI 10 CM²

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 133 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 213 · Ghép da dày toàn bộ, diện tích dưới 10cm2

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ghép da dày toàn bộ (FTSG) là phương pháp ghép da trong đó toàn bộ lớp biểu bì và lớp bì được lấy từ một vùng da khỏe mạnh của chính bệnh nhân (ghép da tự thân). So với ghép da mỏng (STSG), ghép da dày có:
- Độ bền cao hơn, co rút sẹo ít hơn.
- Màu sắc và cấu trúc gần với da tự nhiên hơn.
- Chứa đủ cấu trúc phụ như tuyến mồ hôi, nang lông (nếu có).
- Do đặc điểm kém lấy dinh dưỡng từ nền hơn ghép da mỏng, FTSG thường chỉ dùng cho các tổn thương nông, có nền vết thương được tưới máu tốt và diện tích nhỏ (<10 cm²).

2. CHỈ ĐỊNH

- Ghép da dày toàn bộ được chỉ định trong các trường hợp:
- Khuyết da nhỏ (<10 cm²) ở vùng có yêu cầu thẩm mỹ cao (mặt, cổ, mí mắt, tay, môi…).
- Sau cắt u lành tính hoặc ác tính da vùng mặt.
- Bổ sung che phủ các vết loét mạn tính sau điều trị triệt căn.
- Tái tạo cấu trúc da vùng bị co kéo hoặc sẹo lồi sau bỏng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khuyết da sâu có nền là xương khô, gân trần, mô hoại tử.
- Vết thương nhiễm trùng, chưa kiểm soát được viêm.
- Tổn thương có tuần hoàn máu kém (bệnh lý mạch máu ngoại biên).
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Suy dinh dưỡng nặng (albumin <30 g/L).
- Diện tích quá lớn không phù hợp với kỹ thuật FTSG do khó sống.

4. THẬN TRỌNG

- Cần chọn vùng nền vết thương có tưới máu tốt, không có mô hoại tử.
- Tránh ghép lên vùng bị nhiễm khuẩn hoặc đang điều trị hóa/xạ trị.
- Đảm bảo chăm sóc kỹ vùng cho da, vì tổn thương sâu hơn so với STSG.
- Chuẩn bị vùng nhận tránh căng kéo quá mức sau ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 04
- Điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (lidocain 1% adrenalin 1/200000).
- Kháng sinh dự phòng
- Thuốc giảm đau
- Dịch truyền, dung dịch nước muối sinh lý 0.9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Băng dán ép crepe, băng chun
- Dao lấy da (Watson, Humby hoặc dermatom)
- Gạc mỡ
- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân, băng dính trong
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ phẫu thuật
- Gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Vật liệu cầm máu
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản
- Máy sưởi ấm
- Monitor theo dõi người bệnh
- Dao mổ điện
- Dẫn lưu phẫu thuật và bộ khâu da.

5.4. Người bệnh

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Làm các cận lâm sàng thăm dò chức năng cần thiết để chẩn đoán và điều trị trước và sau phẫu thuật.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa hoàn chỉnh.
- Người nhà ký cam kết phẫu thuật, xác nhận đã được tư vấn và chấp nhận nguy cơ.
- Bệnh án ngoại khoa đầy đủ thông tin tiền sử, bệnh sử, kết quả khám bệnh.

5.6. Dự kiến thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng mổ phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí can thiệp.
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- c. Đặt tư thế phù hợp trước khi tiến hành kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp trên bàn mổ tuỳ theo vị trí ghép da và nơi lấy da.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ: với diện tích nhỏ, vị trí dễ thao tác. Tiền mê hoặc gây mê toàn thân: nếu bệnh nhân là trẻ em hoặc ghép ở vùng nhạy cảm (mi mắt, tai…)

6.1. Bước 1: Xử lý vùng nhận:

- Cắt lọc mô xơ chai, mô hoại tử, rửa sạch bằng NaCl 0,9%.
- Kiểm tra nền: mô hạt đỏ hồng, khô, không mủ.

6.2. Bước 2: Lấy da ghép:

- Da dày toàn bộ (Full-thickness skin graft – FTSG): lấy bằng dao mổ thông thường, thường ở vùng sau tai, thượng đòn, cánh tay, nếp bẹn,...
- Làm căng da, sát khuẩn, bôi paraffin hoặc vaseline.
- Lấy lớp da mỏng (0,3–0,5 mm), trải lên gạc mỡ sạch.
- Có thể rạch lỗ nhỏ trên mảnh ghép để thoát dịch.

6.3. Bước 3: Đặt và cố định:

- Trải đều da lên nền khuyết, tránh cuộn mép hay bọng khí.
- Cố định bằng:
- Khâu mép mảnh da bằng chỉ nylon
- Băng ép bolster (gạc mỡ gạc thấm hút băng cuộn).
- Bất động nếu vùng chi thể bằng nẹp, nạng hoặc cố định băng dính.

6.4. Bước 4 Xử lý vùng cho da: Đắp gạc mỡ, băng ép, thay băng mỗi 2–3 ngày cho đến liền.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tri giác và dấu hiệu sinh tồn sau mổ.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao người bệnh cho hồi sức và theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/tụ máu dưới mảnh ghép: Rạch tháo dịch, thay băng, có thể ghép lại nếu bong mảnh ghép.
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh đường toàn thân, vệ sinh vết mổ, tháo chỉ nếu cần để dẫn lưu mủ.
- Hoại tử da ghép: đánh giá lại nền vết thương, có thể ghép lại.
- Đau/viêm tại vùng cho da: giảm đau, kháng sinh nếu nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo lồi: theo dõi lâu dài, vật lý trị liệu, can thiệp chỉnh sẹo nếu cần.
- Mất sắc tố hoặc tăng sắc tố tại vùng ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Orgill DP, Bayer LR. “Update on full-thickness skin grafts.” Clin Plast Surg. 2012; 39(3): 415–423.
- Brissett AE, Sherris DA. “Full-thickness skin grafts in facial reconstruction.” Facial Plast Surg Clin North Am. 2001; 9(2): 197–207.
- Thorne CH. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- Beldon P. “Skin grafting: an overview of the principles and practice.” Wounds UK, 2007; 3(4): 76–85.

Mã 226 — PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỐ VÙNG HÀM MẶT

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 265 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 226 · Cắt nơvi sắc tố vùng hàm mặt

1. ĐẠI CƯƠNG

U sắc tố (nevi, lentigo, u hắc tố) vùng hàm mặt là nhóm tổn thương sắc tố có thể lành tính hoặc ác tính, thường gặp ở da mặt, môi, niêm mạc miệng. Với các tổn thương nghi ngờ tiến triển hoặc gây mất thẩm mỹ, phẫu thuật cắt bỏ là lựa chọn cần thiết nhằm chẩn đoán mô bệnh học và điều trị triệt để. Các u sắc tố phổ biến:

- Nevus bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Lentigo ác tính (lentigo maligna).
- Melanoma thể niêm mạc (hiếm gặp). Chỉ định cắt bỏ nhằm:
- Loại trừ ác tính hoặc tổn thương có nguy cơ cao.
- Phục hồi thẩm mỹ vùng mặt.
- Ngăn ngừa biến đổi ác tính nếu là u sắc tố lớn bẩm sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- U sắc tố thay đổi hình dạng, màu sắc, kích thước (theo tiêu chuẩn ABCDE).
- U sắc tố vùng da mặt kích thước > 1 cm hoặc u bẩm sinh.
- U gây mất thẩm mỹ, loét, chảy máu hoặc rối loạn chức năng (nói, nhai, nuốt).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng chưa kiểm soát.
- Nhiễm trùng da cấp tính tại vùng phẫu thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được điều trị ổn định.
- Người bệnh từ chối phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cân nhắc sinh thiết trước nếu nghi ngờ u ác tính.
- Đảm bảo đường rạch theo hướng nếp da, thẩm mỹ vùng mặt.
- Chuẩn bị vật liệu tạo hình (nếu u lớn cần đóng vạt hoặc ghép da).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực:

- Bác sĩ phẫu thuật tạo hình hoặc răng hàm mặt có kinh nghiệm.
- Điều dưỡng hỗ trợ gây tê và phẫu thuật.

5.2. Thiết bị:

- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu thẩm mỹ.

- Dụng cụ sinh thiết nếu cần.
- Vật liệu tạo hình (vạt da, lưới sinh học...) nếu u lớn.

5.3. Người bệnh:

- Được khám và tư vấn chi tiết.
- Ký giấy cam kết phẫu thuật

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án, ảnh trước mổ.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30–60 phút tùy kích thước.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.7. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: đúng người – đúng vị trí – đúng tổn thương cần xử lý.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc tiền mê. 6.1 Bước 1: Đánh dấu tổn thương, xác định rìa an toàn (thường 2–5 mm cho u lành, ≥1 cm nếu nghi ác). 6.2 Bước 2: Rạch da theo hình elip bám sát hướng nếp da, bảo tồn thẩm mỹ tối đa. 6.3 Bước 3: Cắt bỏ u toàn bộ, gửi giải phẫu bệnh. 6.4 Bước 4: Đóng vết mổ theo lớp hoặc dùng vạt/ghép da nếu cần. 6.5 Bước 5: Băng ép nhẹ vùng phẫu thuật. 6.6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng sau mổ.
- Theo dõi vết khâu và sẹo sau 1 tuần – 1 tháng.

7.2. Tai biến có thể gặp:

- Nhiễm trùng vết mổ, chảy máu.
- Hoại tử mép vết khâu.
- Sẹo xấu, lồi, co kéo.

7.3. Xử trí:

- Kháng sinh, thay băng sát khuẩn nếu nhiễm trùng.
- Điều trị sẹo lồi bằng tiêm corticoid tại chỗ.
- Mổ lại tạo hình nếu sẹo ảnh hưởng thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Dermatology. Guidelines on Management of Pigmented Lesions. 2019.

2. Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine. 9th Edition.

3. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Da liễu và Tạo hình (2021).

4. Sclafani AP. Surgical Excision of Pigmented Lesions of the Face. Facial Plast Surg Clin N Am. 2017.

5. WHO Classification of Skin Tumours, 4th Edition.

Mã 414 — PHẪU THUẬT THU GỌN MÔI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 330 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 414 · Phẫu thuật thu gọn môi dày

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật thu gọn môi là thủ thuật thẩm mỹ nhằm giảm bớt kích thước môi trên hoặc môi dưới khi quá dày, mất cân đối, ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc chức năng phát âm, ăn uống. Nguyên lý: Cắt bỏ một phần tổ chức niêm mạc và mô dưới niêm mạc của môi theo đường rạch được thiết kế, sau đó khâu phục hồi giải phẫu môi, đảm bảo độ cân đối và chức năng. Mục đích:

- Giảm độ dày môi, tạo hình dáng môi hài hòa với khuôn mặt.
- Cải thiện thẩm mỹ nụ cười, phát âm và chức năng khép kín môi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Môi dày bẩm sinh, mất cân đối so với khuôn mặt.
- Môi phì đại sau chấn thương, sẹo hoặc bệnh lý.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cải thiện dáng môi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng môi, khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Người có kỳ vọng thẩm mỹ không phù hợp.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Phẫu thuật nhiều lần trên môi có thể gây sẹo xơ, biến dạng.
- Đánh giá kỹ khớp cắn và chức năng khép môi trước mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng

- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày môi, hình dáng môi, khớp cắn.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường rạch hình elip ở mặt trong niêm mạc môi theo thiết kế (môi trên hoặc môi dưới).

6.2. Bước 2: Cắt bỏ niêm mạc và mô dưới niêm mạc theo diện đã vẽ. Bảo tồn cơ vòng môi.

6.3. Bước 3: Khâu lớp niêm mạc với chỉ tiêu theo chiều ngang môi. Đảm bảo bờ môi cân đối, tự nhiên.

6.4. Bước 4: Cầm máu, làm sạch khoang miệng.

6.5. Bước 5: Kiểm tra hình dáng môi sau khâu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu, phù nề sau mổ.
- Vận động môi, phát âm.
- Nhiễm trùng vết mổ.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu bằng khâu ép hoặc đốt điện.
- Tổn thương cơ vòng môi: khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: vệ sinh miệng bằng dung dịch sát khuẩn, dùng kháng sinh.
- Tụ máu, phù nề nhiều: dẫn lưu hoặc chọc hút.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xơ, biến dạng môi.
- Không cân đối giữa môi trên và môi dưới.
- Giảm cảm giác môi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrero-Santos J, Altamirano JT. Correction of hypertrophic lips. Plast Reconstr Surg. 1967.
- Tellioglu AT, Tekdemir I. Surgical approaches to lip reduction: anatomic study and clinical application. Aesthetic Plast Surg. 2002.
- Matarasso A. Contemporary techniques for lip surgery. Clin Plast Surg. 1993.
- Sherris DA, Kern EB. Plastic and reconstructive surgery of the lips. Arch Facial Plast Surg. 2000

Mã 415 — PHẪU THUẬT LÀM DÀY MÔI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 331 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 415 · Phẫu thuật độn môi

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật làm dày môi là thủ thuật thẩm mỹ nhằm tăng độ dày, tạo hình dáng môi đầy đặn, cân đối bằng cách ghép tổ chức (mỡ, mô liên kết, cân, sụn) hoặc đặt vật liệu nhân tạo. Nguyên lý: Tạo đường hầm trong môi, đưa mô ghép hoặc vật liệu vào, sau đó khâu cố định nhằm tăng thể tích, làm dày môi mà vẫn đảm bảo độ mềm mại và vận động sinh lý. Mục đích:

- Tăng thể tích môi, cải thiện thẩm mỹ.
- Tạo dáng môi đầy đặn, cân đối với khuôn mặt.
- Duy trì chức năng đóng mở và phát âm tự nhiên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Môi mỏng bẩm sinh.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn làm đầy môi.
- Sẹo co kéo hoặc mất thể tích môi sau chấn thương/phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng môi, khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu định ghép.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu ghép nhân tạo có thể gây đào thải hoặc nhiễm trùng.
- Lựa chọn phương pháp (mỡ tự thân, cân, sụn, vật liệu nhân tạo) phải phù hợp với từng người bệnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch

- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng môi
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đặt chất liệu độn:

- Đường rạch ở ranh giới giữa môi khô và môi ướt.
- Tạo khoang đặt chất liệu độn: sử dụng troca qua đường rạch da chuẩn bị cho đặt chất liệu. Người phụ nâng góc miệng bừng móc da. Môi được giữ chặt và kéo dài, kéo sang phía đối diện để phẫu thuật được dễ dàng. Khoang rộng khoảng 1,0 cm nằm trong mặt phẳng dưới niêm mạc sâu ngay trên cơ vòng môi và ở vị trí môi ướt. Alloderm ghép yêu cầu khoang lớn hơn.
- Đặt chất liệu: Kẹp có răng chuyên dụng được đưa vào qua vết mổ. Bác sĩ phẫu thuật đang giữ môi ổn định bằng ngón tay cái và chất liệu cấy ghép được kéo vào đường hầm. Chất liệu nên được thiết kế đủ dài để cả hai đầu của cấy ghép vẫn ở bên ngoài vị trí vết mổ khi hoàn thành. Sau đó chất liệu cấy ghép được cắt tỉa. Khoang đặt phải được làm đủ chặt để ngăn chặn chất liệu di chuyển.
- Các vết mổ niêm mạc được đóng trong các lớp với 5-0 Vicryl.

6.2. Bước 2: Tiêm chất làm đầy (Filler): tiêm chất làm đầy làm tăng thể tích vị trí môi cần tiêm.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, phù nề vùng môi.

- Người bệnh được khuyên:
- Chườm lạnh trong 2 ngày đầu.
- Hạn chế vận động môi (huýt sáo, cười rộng, hôn…) trong 1 tháng.
- Hạn chế tiếp xúc thực phẩm trực tiếp tại vị trí vết mổ.
- Dùng kháng sinh dự phòng trong 1 tuần sau mổ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: do tổn thương mạch máu. Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: môi sưng, căng. Xử trí: chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra cầm máu.
- Phù nề: thường gặp. Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề.
- Nhiễm trùng: môi đỏ, sưng, chảy dịch. Xử trí: thay băng, kháng sinh, chăm sóc vết thương.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo). Xử trí: chăm sóc sẹo, phẫu thuật tạo hình khi cần.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt: môi lệch, bất cân xứng, chất liệu lộ. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrerosantos J. Augmentation cheiloplasty with dermis-fat grafts. Plast Reconstr Surg. 1985.
- Goldwyn RM. Lip augmentation: Surgical alternatives and results. Plast Reconstr Surg. 1991.
- Sherris DA, Kern EB. The versatile use of autogenous tissue for lip augmentation. Arch Facial Plast Surg. 2000.
- Matarasso A. Contemporary techniques for lip augmentation. Clin Plast Surg. 1993.

Mã 416 — PHẪU THUẬT KÉO DÀI MÔI TRÊN TRONG HỞ LỢI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 332 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 416 · Phẫu thuật điều trị cười hở lợi

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Hở lợi (gummy smile) là tình trạng khi cười, phần lợi bộc lộ nhiều (> 2–3 mm), ảnh hưởng thẩm mỹ nụ cười. Một trong những nguyên nhân là do môi trên ngắn hoặc vận động môi quá mạnh. Phẫu thuật kéo dài môi trên nhằm giảm sự bộc lộ lợi bằng cách điều chỉnh chiều dài và vị trí bám của môi trên. Nguyên lý: Phẫu thuật tạo hình bằng cách cắt bỏ một phần niêm mạc – mô dưới niêm mạc ở vùng tiền đình môi trên, kéo dài môi và hạn chế sự nâng quá mức khi cười. Mục đích:

- Giảm tình trạng hở lợi khi cười.
- Tạo thẩm mỹ nụ cười tự nhiên, hài hòa.
- Duy trì chức năng vận động môi trên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hở lợi do môi trên ngắn hoặc vận động môi quá mức.
- Người bệnh mong muốn cải thiện thẩm mỹ nụ cười.
- Không có chống chỉ định toàn thân hay tại chỗ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng miệng, lợi, môi.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây tê/gây mê.
- Hở lợi do nguyên nhân xương (quá phát xương hàm trên) → chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương hàm thay thế.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tim mạch, rối loạn đông máu).
- Kết hợp nhiều yếu tố gây hở lợi (xương – lợi – môi) → cần hội chẩn chuyên khoa.
- Đánh giá kỹ nguy cơ tái phát hoặc sẹo co kéo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa răng hàm mặt.
- Đánh giá mức độ hở lợi, chiều dài môi, độ di động môi.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng niêm mạc cần cắt bỏ ở tiền đình môi trên (thường hình elip).

6.2. Bước 2: Gây tê thấm toàn bộ vùng phẫu trường.

6.3. Bước 3: Cắt bỏ dải niêm mạc và mô dưới niêm mạc theo thiết kế.

6.4. Bước 4: Bộc lộ mô liên kết dưới để kéo dài môi.

6.5. Bước 5: Khâu niêm mạc môi với niêm mạc lợi để làm ngắn tiền đình, kéo dài môi. Sử dụng chỉ tự tiêu, khâu lớp niêm mạc liên tục hoặc rời.

6.6. Bước 6: Cầm máu kỹ, vệ sinh sạch khoang miệng. Hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc sau mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng chảy máu vết mổ.
- Phù nề, đau sau mổ.
- Vận động môi khi nói, cười.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu bằng khâu ép hoặc đốt điện.
- Tổn thương ống tuyến nước bọt phụ: xử trí bảo tồn.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, vệ sinh miệng bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tụ máu, phù nề nhiều: dẫn lưu hoặc chọc hút.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo co kéo, dính → gây biến dạng môi.
- Tái phát hở lợi nếu nguyên nhân kết hợp (xương – lợi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Miskinyar SA. A new method for correcting gummy smile. Plast Reconstr Surg. 1983.
- Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. Plast Reconstr Surg. 1979.
- Humayun N, et al. Management of excessive gingival display in gummy smile: a review. J Pak Med Assoc, 2010.
- Spiegel JH. Facial plastic surgery of the lips. Otolaryngol Clin North Am, 2007.

Mã 418 — PHẪU THUẬT THỪA DA MI TRÊN

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 198 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 418 · Phẫu thuật thừa da mi trên

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt. Phẫu thuật thừa da mi trên nhằm mục dích lấy bỏ da và các tổ chức thừa nhằm cải thiện về mặt thẩm mỹ và đôi khi là chức năng của mi mắt.
- Nguyên lý: cắt bỏ da và các tổ chức thừa, kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới, trẻ hóa đôi mắt.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Lấy bỏ da thừa
- + Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
- + Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
- + Cải thiện tầm nhìn trong trường họp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

- Thừa da mi trên một bên hoặc hai bên
- Thừa da mi trên gây ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng hoặc cả hai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

Mã 421 — PHẪU THUẬT TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 201 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 421 · Phẫu thuật tạo hình mắt hai mí

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới. Có nhiều phương pháp tạo hình nếp mi trên, chia thành 2 loại chính: thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên
- + Lấy bỏ các tổ chức thừa như da cơ, mỡ nếu có…

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng

- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một đoạn, từng đoạn hay toàn bộ chiều dài theo thiết kế tùy kỹ thuật

6.4. Bước 4: Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Khâu luồn hoặc khâu mở trực tiếp tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ

6.7. Bước 7: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.

2. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

3. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.

4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

Mã 421 — PHẪU THUẬT KHÂU TẠO NẾP MÍ MẮT [2 BÊN]

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 202 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 421 · Phẫu thuật tạo hình mắt hai mí

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống. Đối với người Châu Á có khoảng 30-40% không có mắt hai mí rõ ràng.
- Nguyên lý: kiến tạo liên kết giữa sụn mi hoặc cơ nâng mi và tổ chức dưới da nhằm tái tạo nếp mí mới bằng các mũi chỉ khâu luồn.
- Mục đích của kỹ thuật: Tạo nếp mí cho mi mắt trên hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có nếp mi trên, hoặc nếp mi chưa đủ thẩm mỹ một bên hoặc hai bên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 phút (1giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thiết kế vị trí nếp mí dự kiến

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da mi một theo từng nốt nhỏ, 3-5 nốt hoặc hơn tùy theo kỹ thuật

6.4. Bước 4: Khâu luồn dưới da tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Lộ chỉ khâu. Xử trí: cắt bỏ
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

2. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

4. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

5. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

Mã 424 — PHẪU THUẬT THỪA DA MI DƯỚI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 203 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 424 · Phẫu thuật thừa da mi dưới

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thừa da mi hay còn gọi là sa da mi là trường hợp da mi mắt bị chảy xệ quá mức do tích tụ mỡ lâu năm hoặc bị lão hóa do môi trường, tuổi tác làm cho da mi không còn độ đàn hồi nên mi trên thường nhão, nhăn nheo, thừa da, gây cho mắt bị sụp, làm mất thẩm mỹ, làm ảnh hưởng đến tầm nhìn và thị lực của mắt.
- Nguyên lý: lấy bớt da mỡ thừa mi dưới qua đường mở dưới bờ mi.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Lấy bỏ da thừa
- + Lấy bỏ các tổ chức thừa khác như cơ, mỡ…
- + Trẻ hoá mi trên: tạo nếp mí rõ, đều nhằm tăng tính thẩm mỹ
- + Cải thiện tầm nhìn trong trường hợp thừa da mi nhiều

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp thừa da mỡ mi dưới nhiều, các phẫu thuật sửa chữa cho các lần phẫu thuật trước đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 5.1.1 Nhân lực trực tiếp

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình
- 02 bác sỹ phụ phẫu thuật.
- 01 điều dưỡng dụng cụ; 5.1.2 Nhân lực gián tiếp:
- 01 điều dưỡng chạy ngoài;
- 01 hộ lý

5.2. Thuốc

- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1:Thiết kế phần da thừa sẽ cắt bỏ

6.2. Bước 2:Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3:Rạch da mi toàn bộ chiều dài theo thiết kế

6.4. Bước 4:Phẫu thuật bóc tách cắt bỏ da thừa, các tổ chức thừa khác nếu cần thiết. Tránh làm tổn thương sụn mi và cơ nâng mi.

6.5. Bước 5:Đóng vết mổ, tạo ra sự kết nối giữa da, sụn mi hoặc cơ nâng mi.

6.6. Bước 6: Đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: mí mắt quá to hoặc quá nhỏ, mí lệch hai bên, mất nếp mí sau phẫu thuật, mí không hoàn toàn, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 12:393- 410, 1985.

4. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

5. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Uppereyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 114:98e-107e, 2004.

6. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

7. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.

8. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.

9. Boo-chai K, In Barron JN, Saad MN: Operative plastic and reconstructive surgery, Edinburgh, 1980, Churchill-Livingstone, pp 764-768.

10. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

11. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

Mã 426 — PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 199 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 426 · Phẫu thuật treo cung mày trực tiếp

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Treo cung mày trong thẩm mỹ, là thủ thuật nhằm để loại bỏ phần da thừa ở phía trên hoặc phía dưới chân mày giúp làm kéo căng vùng da mắt, nâng cao, tạo kiểu dáng của chân mày, nâng cao cung chân mày để hài hòa cũng như trả lại sự tươi trẻ cho gương mặt.
- Nguyên lý: Hai phương pháp treo cung mày chính là treo cung mày bằng chỉ và bằng phẫu thuật. Treo cung mày bằng chỉ: tác động vào da thông qua những mũi chỉ tiêu có gai, sau đó, luồn qua cơ chân mày để làm kéo căng bề mặt da, khắc phục tình trạng chảy xệ. Tuy nhiên, phương pháp này không được đánh giá cao nếu tình trạng sa trễ nặng bởi tính hiệu quả thấp. Treo cung mày bằng phẫu thuật: loại bỏ lượng mỡ thừa, cân chỉnh kích thước cho phù hợp khuôn mặt, đồng thời cắt bỏ những da thừa, sau đó cố định lại bằng loại chỉ chuyên dụng.
- Mục đích của kỹ thuật: Khắc phục tình trạng chân mày thấp hoặc chảy xệ, tạo dáng, nâng cao chân mày giúp gương mặt trông trẻ trung, tươi vui hơn, cải thiện biểu cảm của gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sa trễ cung mày một hoặc hai bên
- Các trường hợp bị sa trễ cung mày, da thừa trên hoặc dưới cung mày.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Rối loạn tâm thần
- Viêm nhiễm vùng cung mày

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý yếu liệt cơ trán một hoặc hai bên
- Viêm nhiễm da vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ căng da các loại
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao mí mắt, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, mức độ da thừa, mỡ thừa và các đặc điểm có liên quan khác.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 phút (1,5giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Treo cung mày bằng chỉ

- Vẽ vị trí cung mày, đường hầm luồn chỉ và hướng căng chỉ
- Gây tê tại chỗ
- Luồn chỉ vào lớp mỡ dưới da
- Cân chỉ độ căng của chỉ cho phù hợp
- Cắt chỉ thừa sát da

6.2. Treo cung mày bằng phẫu thuật

- Thiết kế phần da thừa ở trên hoặc dưới cung mày.
- Gây tê tại chỗ
- Rạch da theo thiết kế
- Cắt da thừa để tạo hình cung mày cân đối.
- Lấy bỏ mỡ thừa nếu cần thiết.
- Đóng vết mổ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, hô hấp, tình trạng vết mổ, thị lực...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình…
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, chấn thương mắt... Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương
- Sụp mi hoặc trợn mi. Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi bao gồm: cung mày hai bên không đều, còn thừa da sau mổ, nhiều nếp mí, lõm mi trên hoặc mi dưới, mí mắt dầy... Xử trí: phẫu thuật sửa chữa nếu cần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. StLouis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Spinelli HM, Gelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 91: 1017-1024, 1993.

4. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. Plast Reconstr Surg 104:518-522, 1999.

5. Baek SM, Kim SS,Tokunaga S, et al: Oriental blepharoplasty: Single-stitch, nonincision technique, Plast Reconstr Surg 83:236, 1989.

6. Kim BG: Single knot continuously buried nonincisional double eyelid operation, 39th Congress of Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Seoul, South Korea, 1995.

Mã 428 — PHẪU THUẬT ĐỘN CÁC VẬT LIỆU SINH HỌC ĐIỀU TRỊ MÁ HÓP

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 325 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 428 · Phẫu thuật nâng, độn các vật liệu sinh học điều trị má hóp

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Má hóp là tình trạng thiếu thể tích mô mềm vùng má, gây hõm, làm gương mặt hốc hác, già nua. Phẫu thuật độn vật liệu sinh học nhằm tăng thể tích vùng má, khôi phục sự đầy đặn và cân đối. Nguyên lý: Sử dụng các vật liệu sinh học (mỡ tự thân, cân, sụn, mô ghép đồng loại đã xử lý, hoặc vật liệu sinh học tổng hợp như collagen, HA cross-linked, ePTFE sinh học) đưa vào khoang dưới da hoặc dưới cơ để làm đầy vùng má hõm. Mục đích:

- Tăng thể tích vùng má.
- Khôi phục đường nét hài hòa khuôn mặt.
- Cải thiện thẩm mỹ, trẻ hóa gương mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người có má hóp bẩm sinh hoặc do tuổi tác.
- Teo mô mềm sau chấn thương, phẫu thuật, bệnh lý.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, trẻ hóa gương mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng mặt.
- Người có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, suy gan thận).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu sinh học.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu sinh học có nguy cơ tiêu dần hoặc tái hấp thu (mỡ tự thân).
- Nguy cơ lệch, di lệch hoặc phản ứng viêm với một số loại vật liệu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình má
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.

- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Có thể qua đường trong niêm mạc miệng, rãnh mũi – má hoặc vết rạch nhỏ ngoài da vùng kín đáo. Bóc tách dưới da hoặc dưới cơ vùng má hóp.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị khoang vừa đủ để tránh di lệch vật liệu. Đặt mô ghép hoặc tiêm mỡ tự thân vào khoang. Sắp xếp cân đối hai bên má, chỉnh hình bề mặt đều.

6.3. Bước 3: Khâu phục hồi niêm mạc hoặc da bằng chỉ tiêu.

6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.5. Bước 5: Kiểm tra cân đối hai bên. Băng ép nhẹ vùng má.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ/tiêm: chảy máu, phù nề, nhiễm trùng.
- Độ cân đối hai bên má.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: cầm máu kỹ.
- Tổn thương thần kinh mặt.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, tháo bỏ vật liệu khi cần.
- Tụ dịch, tụ máu: dẫn lưu.
- Di lệch vật liệu: chỉnh sửa lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu mỡ tự thân, mất thể tích.
- Đào thải vật liệu nhân tạo.
- Mất cân đối hai bên má.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guerrerosantos J. Long-term outcome of fat grafting for correction of depressed facial scars. Plast Reconstr Surg. 1985.
- Coleman SR. Structural fat grafting. Clin Plast Surg. 2006.
- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg. 2001.
- Matarasso A. Injectable and implantable biomaterials for soft tissue augmentation. Clin Plast Surg. 1993.

Mã 429 — PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO KẾT HỢP SỤN TỰ THÂN

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 326 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 429 · Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu độn nhân tạo kết hợp sụn tự thân

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật can thiệp vào cấu trúc khung nâng đỡ của mũi, sử dụng các chất liệu độn nhân tạo kết hợp với sụn tự thân (sụn sườn và/hoặc sụn vành tai và/hoặc sụn vách ngăn) để dựng cấu trúc khung nâng đỡ mũi và sống mũi.
- Nguyên lý: Sử dụng chất liệu độn nhân tạo kết hợp với sụn tự thân để dựng khung nâng đỡ mũi và làm sống mũi.
- Mục đích của kỹ thuật: Dựng khung nâng đỡ đầu mũi mới cao hơn
- Gia tăng sức chống đỡ trụ mũi, vách mũi
- Nâng cao sống mũi
- Tạo hình dáng mũi mới cân đối với khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Thấp sống mũi do nguyên nhân bẩm sinh, chấn thương…
- Mũi lệch, vẹo, biến dạng sau chấn thương
- Thấp đầu mũi, biến dạng cánh mũi sau phẫu thuật đóng khe hở môi 1 bên hoặc 2 bên
- Sửa lại mũi biến dạng do các can thiệp nâng mũi trước đó

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần, vùng tổn khuyết viêm nhiễm nặng
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương
- Bệnh nhân < 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người, 6 người với trường hợp sử dụng sụn sườn
- Điều dưỡng: 2 người

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin, ...)
- Nước cất

- Kháng sinh lọ ngâm sụn, bơm rửa khoang mũi

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân,
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Các chất độn mũi nhân tạo
- Nẹp nhựa mũi
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ lấy sụn sườn và/hoặc bộ dụng cụ lấy sụn vách ngăn và/hoặc bộ dụng cụ lấy sụn vành tai.
- Bộ dụng cụ xử lý sụn (ép sụn, cắt xẻ sụn, thớt)

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi- trán, góc mũi- môi, độ vững trụ mũi, vách mũi, biến dạng sống mũi
- Khám vị trí lấy sụn: sẹo mổ cũ, biến dạng, dự kiến vị trí lấy sụn
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực.
- Chụp CLVT lồng ngực, CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí lấy sụn sườn, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 180 - 240 phút (3 – 4 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng đặt chất độn trên sống mũi.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ.

6.3. Bước 3: Đường rạch trong niêm mạc hốc mũi hoặc chân trụ mũi đi sang cánh mũi hai bên. Bóc tách vùng đặt chất độn: Dùng kéo phẫu tích và lóc màng xương tạo khoang đặt chất liệu và sụn giữa xương mũi và màng xương. Bóc tách, lấy sụn vách ngăn (nếu sử dụng sụn vách ngăn)

6.4. Bước 4: Rạch da sau tai hoặc trên cung sườn ở ngực dưới (nếu sử dụng sụn sườn hoặc sụn vách ngăn) Lấy sụn tai hoặc sụn sườn tự thân. Cầm máu kĩ.

6.5. Bước 5: Dùng các chất liệu độn tự thân hoặc silicon, nhựa dẻo. Đẽo gọt chất độn và sụn tự thân theo nhu cầu tạo hình.

6.6. Bước 6: Cố định chất độn.

6.7. Bước 7: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu chân trụ mũi bằng chỉ Nylon. Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp nhựa. Đặt vật liệu cầm máu 2 bên mũi nếu cần (Merocel, gạc meche…).

- Lưu ý: Với trường hợp sử dụng sụn sườn thực hiện song song 2 kíp phẫu thuật: Kíp 1: Lấy sụn sườn và xử lý sụn sườn, kíp 2: bóc tách khoang mũi và tạo hình mũi bằng vật liệu nhân tạo và sụn sườn.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp, tình trạng lồng ngực, dẫn lưu ngực trong 48 giờ, thay băng rút dẫn lưu ngực sau 48 giờ (với trường hợp sử dụng sụn sườn).
- Theo dõi chảy máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ mũi. Xử trí cầm máu, nhét meche thuốc co mạch (adrenalin, ...), thay vật liệu cầ mmasu mũi, thuốc ổn định cục máu đông.
- Chảy máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí cầm máu, băng ép sau mổ.
- Thủng màng phổi (với trường hợp lấy sụn sườn): Cầm máu kỹ, khâu phục hồi màng phổi, đặt dẫn lưu, khâu đóng kín vết mổ 2 lớp.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Tụ máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí: Băng ép hốc mổ, chọc hút dịch nếu có, có thể mở lại hốc mổ cầm máu.
- Viêm/áp xe sụn vành tai (Với trường hợp sử dụng sụn vành tai): Vành tai sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, chích rạch dẫn lưu áp xe nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp: Xử trí nắn chỉnh và đặt lại nẹp.
- Chậm liền vết mổ: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.
- Lộ chất độn. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, có thể khâu lại vị trí lộ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Lệch vẹo sống mũi, trụ mũi. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại chất độn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y Học; 225-230.

- Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Sauder 2013.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
- Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
- Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

Mã 430 — PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 327 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 430 · Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu độn nhân tạo

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật can thiệp vào cấu trúc khung nâng đỡ của mũi, sử dụng các chất liệu độn nhân tạo để dựng cấu trúc khung nâng đỡ mũi và sống mũi.
- Nguyên lý: Sử dụng chất liệu độn nhân tạo để dựng khung nâng đỡ mũi và làm sống mũi.
- Mục đích của kỹ thuật: Dựng khung nâng đỡ đầu mũi mới cao hơn
- + Gia tăng sức chống đỡ trụ mũi, vách mũi
- + Nâng cao sống mũi
- + Tạo hình dáng mũi mới cân đối với khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Thấp sống mũi do nguyên nhân bẩm sinh, chấn thương…
- Mũi lệch, vẹo, biến dạng sau chấn thương
- Thấp đầu mũi, biến dạng cánh mũi sau phẫu thuật đóng khe hở môi 1 bên hoặc 2 bên
- Sửa lại mũi biến dạng do các can thiệp nâng mũi trước đó

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần, vùng tổn khuyết viêm nhiễm nặng
- Viêm, nhiễm trùng nặng vùng tổn thương
- Bệnh nhân < 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có viêm nhiễm vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 3 người.
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc co mạch (adrenalin, ...)
- Nước cất
- Kháng sinh bơm rửa khoang mũi

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân.
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Lưỡi dao lấy da
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Các chất độn mũi nhân tạo
- Nẹp nhựa mũi
- Vật liệu cầm máu (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình. 26 5.4. Người bệnh
- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi- trán, góc mũi- môi, độ vững trụ mũi, vách mũi, biến dạng sống mũi
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, Xquang lồng ngực.
- Chụp CLVT hàm mặt nếu cần, nội soi mũi họng.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 - 240 phút (2 – 4 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản, đặt ống giữa miệng hàm dưới.

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng đặt chất độn trên sống mũi.

6.2. Bước 2: Tiêm tê tại chỗ. Đường rạch trong niêm mạc hốc mũi hoặc chân trụ mũi đi sang cánh mũi hai bên.

6.3. Bước 3: Bóc tách vùng đặt chất độn: Dùng kéo phẫu tích và lóc màng xương tạo khoang đặt chất liệu và sụn giữa xương mũi và màng xương. Cầm máu kĩ.

6.4. Bước 4: Dùng các chất liệu độn: silicon, nhựa dẻo. Đẽo gọt chất độn theo nhu cầu tạo hình.

6.5. Bước 5: Cố định chất độn.

6.6. Bước 6: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu chân trụ mũi bằng chỉ Nylon. Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp nhựa. Đặt vật liệu cầm máu 2 bên mũi nếu cần (Merocel, gạc meche…).

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, SpO2, hô hấp.
- Theo dõi chảy máu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: qua vết mổ mũi. Xử trí cầm máu, nhét meche thuốc co mạch (adrenalin, ...), thay merocel mũi, thuốc ổn định cục máu đông.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp: Xử trí nắn chỉnh và đặt lại nẹp.

- Chậm liền vết mổ: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.
- Lộ chất độn. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, có thể khâu lại vị trí lộ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Lệch vẹo sống mũi, trụ mũi. Xử trí: Tháo bỏ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại chất độn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- .Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, NXB Y Học; 225- 230.
- Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Sauder 2013.
- FC Wei, SM Mardini (2017), “Flap and reconstructive surgery, 2e”, Elsevier Inc.
- Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.
- Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

Mã 432 — PHẪU THUẬT THU GỌN CÁNH MŨI

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 241 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 432 · Phẫu thuật thu gọn cánh mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thu nhỏ đầu mũi bằng phẫu thuật thẩm mỹ là một trong những kỹ thuật giúp mũi đẹp và gương mặt hài hòa hơn bằng cách cắt bỏ một phần tổ chức của cánh mũi
- Nguyên tắc: tuân theo các qui luật về tỉ lệ kích thước mũi, tránh sẹo vào các nếp gấp tự nhiên của mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có đầu mũi to, bè mất cân đối

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng vùng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Cách 1:Thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý sụn:

- Kỹ thuật thu nhỏ đầu mũi này tương đối phức tạp và đòi hỏi bác sĩ phải có con mắt thẩm mỹ tinh tường, đồng thời nắm vững toàn bộ cấu trúc vùng đầu mũi, sụn mũi.
- Đầu tiên, bác sĩ rạch một đường nhỏ bên trong khoang mũi và tiến hành cắt bỏ phần sụn thừa khiến đầu mũi lỏng lẻo, sau đó cố định sụn giúp 2 cánh mũi khép vào nhau, nhìn thon gọn và dài hơn.

6.2. Cách 2: Phương pháp thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý mô mềm: So với kỹ thuật thu nhỏ đầu mũi bằng cách xử lý sụn thì phương pháp này được thực hiện đơn giản hơn rất nhiều. Sau khi thăm khám và xác định được phần mô mềm thừa, bác sĩ sẽ

tiến hành cắt bỏ chúng theo tỷ lệ đã đo vẽ sẵn. Phương pháp này không tác động vào sụn mũi nên kết quả ổn định cũng nhanh chóng hơn.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu sụn vùng trụ mũi. Xử trí: ghép sụn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3.FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”,Elsevier Inc.

4. Nasser Nadjmi, Lukas Vaes (2022), “A Novel Technique for Nasal Alar Reconstruction”. Plast Reconstr Surg Glob Open.

Mã 433 — PHẪU THUẬT HẠ SỐNG MŨI GỒ

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 242 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 433 · Phẫu thuật chỉnh hình mũi gồ (kỹ thuật mài xương)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hạ thấp sống mũi bằng phẫu thuật thẩm mỹ là một trong những kỹ thuật giúp mũi đẹp và gương mặt hài hòa hơn bằng cách sử dụng các dụng cụ như giũa mài, kéo cắt xương…để làm phẳng sống mũi
- Nguyên tắc: Không gây ảnh hưởng tới các cấu trúc khác của mũi

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có sống mũi gồ, to

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Tê tại chỗ bằng lidocain +adrenalin 1/200000

6.2. Bước 2: Rạch da ngách mũi 02 bên

6.3. Bước 3: Bóc tách sát xương sống mũi

6.4. Bước 4: Mài xương để hạ thấp xương sống mũi, đây là phẫu thuật hay áp dụng ở các nước phương tây vì sống mũi của người phương Tây thường cao, to. Nếu sống mũi quá to có thể đục xương mũi 2 bên để làm hẹp xương mũi. Nếu bệnh nhân có xương sống mũi vừa cao, vừa to thì bạn có thể phẫu thuật hạ xương mũi và thu hẹp xương mũi. Với trường hợp chiếc mũi có sống mũi quá to và cao thì phương pháp cải thiện tốt nhất chính là mài xương kết hợp gọt sụn dư 2 bên cánh mũi. Phương pháp này dùng dụng cụ chuyên dụng đưa vào trong mũi và mài phần xương gồ sao cho hạ xuống cân bằng với phần sống mũi. Trong phẫu thuật này, bác sĩ sẽ tiến hành mài

xương mũi gồ để thu hẹp sống mũi, còn phần sụn mũi trên thì gọt và cắt đi phần dư thừa, sau đó bác sĩ sẽ khâu vách sụn 2 bên lại với nhau.

6.5. Bước 5: Tùy theo mức độ gồ của phần xương mũi mà có thể chỉ cần mài phần sụn gồ, hay mài thêm cả phần sụn bên trên rồi mới nối với phần đã mài ở sụn gồ để điều chỉnh sống mũi sao cho thẳng, đều , cân xứng, tự nhiên.

6.6. Bước 6: Sau khi mài xương gồ để thu hẹp sống mũi bác sĩ sẽ bơm rửa bên trong mô để bảo đảm bệnh nhân sẽ không bị nhiễm trùng do bột xương và giúp vết thương phục hồi nhanh chóng và an toàn nhất.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: Vết mổ phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. FC Wei, SM Mardini (2017), “ Flap and reconstructive surgery, 2e”,Elsevier Inc.

4. Nasser Nadjmi, Lukas Vaes (2022), “A Novel Technique for Nasal Alar Reconstruction”. Plast Reconstr Surg Glob Open.

Mã 434 — PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI LỆCH

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 243 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 434 · Phẫu thuật chỉnh hình mũi lệch (kỹ thuật mài xương)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình xương chính mũi bị lệch do chấn thương hoặc bẩm sinh
- Nguyên tắc: đảm bảo sự cân đối của mũi, tránh tối đa tổn thương các cấu trúc khác

2. CHỈ ĐỊNH

Lệch xương chính mũi do chấn thương hoặc bẩm sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân có nhiễm trùng cơ quan lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 2 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện, dây dẫn lưu silicon
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Khóa ba ngã
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ không tiêu đơn sợi, chỉ tiêu khâu dưới da
- Các loại gạc phẫu thuật.
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá tình trạng vành tai bên bệnh, so sánh với bên đối diện
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cạo tóc, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật theo quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và người nhà ký hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện

6. TIẾN HÀNH QTKT

Vô cảm: gây mê

6.1. Bước 1: Sát trùng vết mổ

6.2. Bước 2: Tê tại chỗ và gây tê vùng thần kinh dưới ổ mắt hai bên

6.3. Bước 3: Dùng dụng cụ nâng xương đưa vào qua lỗ mũi trước làm bật xương chính mũi lên vị trí bình thường. 6.4 Bước 4: Cố định trong bằng merocel và cố định ngoài.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).

- Theo dõi tình trạng tai tạo hình: màu sắc da, mép vết mổ.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “ Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2. Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. Sirhan Alvi, Bhupendra (2023), “Nasal fracture reduction”. StatPearls.

Mã 437 — PHẪU THUẬT ĐỘN GÒ MÁ

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 328 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 437 · Phẫu thuật nâng gò má thẩm mỹ (chỉ sử dụng vật liệu độn nhân tạo)

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật độn gò má là thủ thuật thẩm mỹ nhằm làm tăng chiều cao và độ nhô của gò má bằng vật liệu nhân tạo (silicone, Medpor, ePTFE) hoặc ghép mô tự thân (mỡ, xương, sụn), giúp gương mặt cân đối, hài hòa hơn. Nguyên lý: Tạo khoang dưới màng xương vùng gò má qua đường mổ trong miệng hoặc ngoài da, đưa vật liệu ghép/implant vào, sau đó cố định chắc chắn, khâu đóng vết mổ thẩm mỹ. Mục đích:

- Tăng độ nhô gò má, cải thiện đường nét khuôn mặt.
- Cân đối hai bên gò má.
- Cải thiện thẩm mỹ, sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người có gò má thấp, thiếu độ nhô.
- Mất cân xứng hai bên gò má.
- Người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cải thiện hình thể gương mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng miệng, má.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Da và mô mềm quá mỏng, nguy cơ lộ implant.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Implant có thể gây di lệch, nhiễm trùng hoặc đào thải.
- Đường mổ trong miệng có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn ngoài da.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch

- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng gò má
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá hình thái gò má bằng thăm khám, chụp X-quang, CT scan.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường mổ trong miệng: niêm mạc tiền đình hàm trên, ngang mức răng nanh – răng hàm nhỏ. Hoặc đường mổ ngoài da: tại nếp da vùng mi dưới (ít dùng).

6.2. Bước 2: Bóc tách dưới màng xương vùng gò má. Tạo khoang vừa đủ để đặt implant, tránh làm rộng quá gây di lệch.

6.3. Bước 3: Đặt implant nhân tạo hoặc ghép mô tự thân vào khoang. Điều chỉnh vị trí cân đối, cố định implant bằng vít nhỏ (nếu cần).

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi niêm mạc hoặc da. Đặt dẫn lưu nếu cần. Kiểm tra cân đối gò má hai bên.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng má.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Vết mổ: tình trạng chảy máu, phù nề.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: do mạch máu vùng bóc tách. Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng nề vùng gò má. Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra cầm máu.
- Phù nề vùng gò má: thường gặp. Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao đầu.
- Nhiễm trùng: vết mổ đỏ, sưng, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ. Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, phẫu thuật tạo hình khi ổn định.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: gò má lệch, không cân xứng, vật liệu lộ. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg. 2001.
- Matarasso A, Elias AC. Alloplastic augmentation of the facial skeleton. Plast Reconstr Surg. 1996.
- Rubin JP, Yaremchuk MJ. Midface augmentation with alloplastic implants. Aesthetic Surg J. 1999.
- Ortiz-Monasterio F, Olmedo A. Augmentation malarplasty: experience with 500 cases. Plast Reconstr Surg. 1981.

Mã 451 — HÚT MỠ VÙNG DƯỚI CẰM

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 333 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 451 · Hút mỡ vùng cằm

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Hút mỡ vùng dưới cằm (double chin) là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ tại cằm và đường viền hàm dưới, giúp gương mặt thon gọn và cải thiện góc cổ – cằm. Nguyên lý: Sử dụng cannula nhỏ nối với máy hút mỡ chuyên dụng, đưa vào lớp mỡ dưới da để phá vỡ và hút mỡ, đồng thời giữ nguyên cấu trúc mạch máu, thần kinh và da. Mục đích:

- Loại bỏ mỡ thừa dưới cằm.
- Tạo góc cổ – cằm rõ ràng.
- Cải thiện thẩm mỹ và sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người có mỡ thừa tích tụ dưới cằm, tạo thành “cằm đôi”.
- Người có cân nặng ổn định nhưng mỡ tập trung vùng cằm.
- Người có nhu cầu thẩm mỹ, cải thiện dáng mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da, mô mềm vùng dưới cằm.
- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Người béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Da dưới cằm chùng nhiều → có thể cần kết hợp phẫu thuật tạo hình cổ – căng da.
- Hút mỡ quá nhiều có nguy cơ gây lồi lõm, không cân đối.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch

- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhỏ, phù hợp vùng mặt – cổ.
- Dao điện/bipolar cầm máu.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Băng ép dưới cằm sau mổ.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày mỡ, độ đàn hồi da dưới cằm.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu

máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, cổ hơi ngửa, đầu cố định

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Thấm dung dịch tumescent đều vùng dưới cằm. Chờ 10–15 phút để đạt tác dụng tê và co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,3–0,5 cm) ở nếp dưới cằm hoặc sau dái tai. Đưa cannula nhỏ vào lớp mỡ, hút đều nhiều hướng. Tránh tổn thương thần kinh cằm và tuyến nước bọt.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sự cân đối, độ đều bề mặt dưới cằm. Cầm máu, khâu vết rạch bằng chỉ nhỏ thẩm mỹ.

6.4. Bước 4: Băng ép vùng cằm – cổ bằng băng ép chuyên dụng. Hướng dẫn người bệnh đeo gen ép 2–4 tuần.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Tình trạng đau, sưng nề, bầm tím vùng dưới cằm.

7.2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu: xử trí cầm máu.
- Tổn thương thần kinh cằm, tuyến dưới hàm.
- Tai biến gây mê: xử trí hồi sức.

7.3. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng: thay băng, kháng sinh toàn thân.
- Tụ dịch, tụ máu: chọc hút/dẫn lưu.
- Hoại tử da (hiếm gặp).

7.4. Biến chứng muộn

- Lồi lõm, bất cân đối vùng dưới cằm.
- Da chùng nhão, có thể cần phẫu thuật tạo hình cổ.
- Sẹo xấu tại vị trí rạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- Matarasso A. Suction-assisted lipectomy of the face and neck. Clin Plast Surg, 1989.

Mã 453 — HÚT MỠ VÙNG MÁ

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 335 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 453 · Hút mỡ vùng nếp mũi má, má

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Hút mỡ vùng má là thủ thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ mỡ thừa tích tụ tại vùng má ngoài hoặc má trong, giúp gương mặt thon gọn, hài hòa hơn. Nguyên lý: Sử dụng cannula chuyên dụng, nối với máy hút mỡ, đưa vào lớp mỡ dưới da qua các đường rạch nhỏ trong niêm mạc miệng hoặc vị trí kín đáo ngoài da, phá vỡ và loại bỏ mỡ thừa mà không ảnh hưởng nhiều đến thần kinh, mạch máu. Mục đích:

- Loại bỏ mỡ thừa vùng má.
- Tạo đường nét khuôn mặt thon gọn, cân đối.
- Nâng cao tính thẩm mỹ, sự tự tin cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người có tích tụ mỡ vùng má, gương mặt tròn, to.
- Người có cân nặng ổn định nhưng mỡ tập trung nhiều ở vùng má.
- Người có nhu cầu thẩm mỹ, mong muốn gương mặt thanh thoát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da hoặc niêm mạc vùng má.
- Bệnh toàn thân nặng (suy tim, suy thận, rối loạn đông máu).
- Béo phì toàn thân, kỳ vọng không phù hợp.
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Thần kinh mặt đi qua vùng má → cần thao tác chính xác để tránh tổn thương.
- Da chùng nhão nhiều → có thể cần kết hợp phẫu thuật căng da.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê
- Thuốc co mạch

- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch
- Dung dịch tumescent (lidocain, adrenalin).

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy hút mỡ chuyên dụng.
- Cannula nhỏ, phù hợp cho vùng mặt.
- Dao điện/bipolar cầm máu.
- Máy monitor theo dõi sinh hiệu.
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân, khám chuyên khoa thẩm mỹ.
- Đánh giá độ dày lớp mỡ vùng má, tình trạng da.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1:Thấm dung dịch tumescent vào vùng má. Đợi 10–15 phút để đạt tác dụng tê và co mạch.

6.2. Bước 2: Rạch da nhỏ (0,3–0,5 cm) ở vị trí kín (trong niêm mạc miệng hoặc sau dái tai). Đưa cannula nhỏ vào lớp mỡ dưới da, hút mỡ nhẹ nhàng theo nhiều hướng. Đảm bảo hút cân đối hai bên, tránh tổn thương thần kinh mặt.

6.3. Bước 3: Kiểm tra độ đều bề mặt vùng má.

6.4. Bước 4: Cầm máu, khâu đóng vết rạch bằng chỉ nhỏ.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng má bằng băng ép chuyên dụng. Hướng dẫn người bệnh đeo gen ép vùng mặt 2–4 tuần.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp, công thức máu.

- Tình trạng chảy máu, phù nề vùng má.
- Vận động cơ mặt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, sốc phản vệ. Xử trí: hồi sức, chống sốc, xử trí cấp cứu theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: do tổn thương mạch máu. Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: gây sưng, căng vùng má. Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra.
- Nhiễm trùng: vùng má đỏ, sưng, chảy dịch. Xử trí: thay băng, kháng sinh, chăm sóc vết mổ.
- Tắc mạch do mỡ, hút không đều: gây biến dạng hoặc nguy hiểm toàn thân. Xử trí: điều trị nội khoa, xử trí cấp cứu theo thương tổn.

7.4. Biến chứng muộn

- Mất cân đối do hút không đều. Xử trí: chỉnh sửa phẫu thuật sau khi ổn định.
- Sẹo xấu tại vị trí rạch. Xử trí: chăm sóc sẹo, phẫu thuật tạo hình nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg, 1983.
- Shiffman MA, Di Giuseppe A. Liposuction: Principles and Practice. Springer, 2006.
- Rohrich RJ, Beran SJ. The safety and efficacy of liposuction: a systematic review. Plast Reconstr Surg, 1999.
- Matarasso A. Suction-assisted lipectomy of the face and neck. Clin Plast Surg, 1989.

Mã 481 — PHẪU THUẬT ĐỘN CẰM BẰNG VẬT LIỆU NHÂN TẠO

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 329 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 481 · Phẫu thuật độn cằm

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Phẫu thuật độn cằm bằng vật liệu nhân tạo (silicone, ePTFE, Medpor…) là thủ thuật thẩm mỹ nhằm cải thiện hình dáng, độ nhô và sự cân đối của cằm so với khuôn mặt. Nguyên lý: Đặt một miếng độn nhân tạo vào phía trước xương cằm qua đường rạch trong miệng hoặc ngoài da dưới cằm, cố định chắc chắn để tạo hình dáng mong muốn. Mục đích:

- Tăng độ nhô cằm, cải thiện góc mũi – môi – cằm và góc cổ – cằm.
- Tạo gương mặt cân đối, hài hòa.
- Cải thiện thẩm mỹ, sự tự tin của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có cằm lẹm, ngắn, kém phát triển.
- Người mong muốn cải thiện hình thể khuôn mặt bằng phương pháp phẫu thuật đơn giản, ít xâm lấn.
- Người bệnh không muốn hoặc không thể phẫu thuật cắt trượt xương cằm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp vùng cằm, khoang miệng.
- Người có bệnh toàn thân nặng (tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu).
- Dị ứng hoặc chống chỉ định với vật liệu nhân tạo.
- Người có da và mô mềm vùng cằm quá mỏng → nguy cơ lộ, di lệch vật liệu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- Vật liệu nhân tạo có thể gây di lệch, nhiễm trùng, đào thải.
- Đường mổ trong miệng dễ nhiễm khuẩn hơn đường mổ ngoài da.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 4 người
- Điều dưỡng: 4 người

5.2. Thuốc

- Thuốc mê
- Thuốc tê

- Thuốc co mạch
- Nước cất
- Dung dịch sát trùng
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Dịch truyền tĩnh mạch

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Chất liệu nhân tạo tạo hình vùng trán
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh:

- Khám tổng quát và chuyên khoa hàm mặt.
- Chụp X-quang sọ nghiêng, CT scan khi cần để đánh giá hình thái cằm.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Bệnh án ngoại khoa theo quy định
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, siêu âm mạch nếu cần hoặc theo qui định.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật,…
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm gây tê tại chỗ hoặc gây mê

6.1. Bước 1: Đường rạch trong miệng: ở niêm mạc tiền đình môi dưới, tránh ống tuyến nước bọt. Hoặc đường rạch ngoài da: dưới cằm, sẹo kín đáo.

6.2. Bước 2: Bóc tách dưới màng xương vùng cằm. Khoang vừa đủ kích thước để đặt implant, tránh quá rộng.

6.3. Bước 3: Đặt implant nhân tạo vào vị trí đã chuẩn bị. Điều chỉnh cân đối hai bên, cố định nếu cần (bằng vít nhỏ). Đặt dẫn lưu nhỏ nếu cần.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi theo lớp, dùng chỉ tiêu cho niêm mạc.

6.5. Bước 5: Băng ép nhẹ vùng cằm. Kiểm tra cân đối, độ nhô của cằm. Vệ sinh khoang miệng, sát khuẩn da.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, công thức máu.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu, cân đối vùng cằm.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến gây tê/gây mê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ. Xử trí: hồi sức, chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình.
- Chảy máu trong mổ: từ mạch máu vùng bóc tách. Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu, chảy máu sau mổ: biểu hiện sưng, căng vùng cằm. Xử trí: băng ép, chọc hút dịch, mở kiểm tra và cầm máu.
- Phù nề vùng cằm: thường gặp. Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao đầu giường.
- Nhiễm trùng: vết mổ đỏ, sưng, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, tháo vật liệu nếu cần.
- Lệch chất độn: cằm mất cân đối. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại khi cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Bao xơ quanh chất độn: gây cứng, biến dạng. Xử trí: bóc bao xơ, thay vật liệu.
- Sẹo xấu (sẹo lồi, phì đại, co kéo): ảnh hưởng thẩm mỹ. Xử trí: chăm sóc sẹo, điều trị nội khoa, tạo hình sẹo khi ổn định.
- Kết quả thẩm mỹ không đạt yêu cầu: cằm lệch, không cân xứng, vật liệu lộ. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, đặt lại hoặc thay vật liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Robinson M, Shuken R. Chin augmentation with silicone implants. Plast Reconstr Surg, 1969.
- Guyuron B. Chin augmentation. Clin Plast Surg, 1991.
- Matarasso A, Elias AC. Alloplastic augmentation of the facial skeleton. Plast Reconstr Surg, 1996.
- Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg, 2001.

Mã 487 — LASER ĐIỀU TRỊ U DA

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 349 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 487 · Laser điều trị u da

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser là viết tắt của Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, tức là khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích. Laser tạo ra chùm ánh sáng có bước sóng, tần số, công suất được điều chỉnh, có khả năng tập trung năng lượng tại điểm rất nhỏ để gây hiệu ứng quang nhiệt, quang cắt hoặc quang bốc hơi mô.Laser được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO2, laser Argon, laser màu… Trong điều trị u da, laser CO2 thường được sử dụng nhiều nhất.
- Cơ chế trong điều trị u da: Laser dùng để phá hủy mô bệnh lý (u lành, sùi, tổn thương dạng u da) bằng cách: bốc hơi hoặc đốt cháy mô u; đốt nhiệt để cầm máu; kích thích tái tạo mô da mới, làm lành tổn thương; giảm sẹo hoặc điều chỉnh tổn thương da sau khi loại bỏ u.
- Mục đích: loại bỏ các khối u trên da

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh do virut: hạt cơm (hạt cơm sùi, hạt cơm phẳng…), u mềm lây, u nhú, sùi mào gà...
- Các bệnh da có dày sừng: chai chân, sẩn cục, chàm mạn tính, viêm da mủ sùi, tổn thương cố thủ của vảy nến...
- Các tật của da, nốt ruồi nhỏ, bớt sùi bẩm sinh.
- U nang ống tuyến mồ hôi, dày sừng da dầu, đa u tuyến bã, u vàng...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da đang hoạt động tại vùng cần điều trị (nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nấm), vì laser sẽ lan truyền hoặc làm nặng thêm nhiễm trùng.
- Đã dùng isotretinoin trong vòng 6 tháng trước đó, vì ảnh hưởng tới lành thương da, tăng nguy cơ sẹo.
- Tình trạng da có độ nhạy cao với ánh sáng hoặc người có bệnh tăng sắc tố dễ (Fitzpatrick da rất tối, thường loại V-VI), nguy cơ sau viêm tăng sắc tố cao.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về da khác, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy laser
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn, …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm tổn thương và các đặc điểm có liên quan khác.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước can thiệp về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do can thiệp, do gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp.
- Chuẩn bị trước can thiệp: vệ sinh vùng can thiệp và các chuẩn bị theo các quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng Lidocain, Xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

6.1. Bước 1:

- Dùng laser CO2 với công suất và chế độ phù hợp đốt cháy tổn thương theo từng lớp.

6.2. Bước 2:

- Bôi mỡ kháng sinh lên diện đốt sau khi kết thúc.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ.
- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: Đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

Mã 488 — LASER ĐIỀU TRỊ NÁM DA

QĐ 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026, Tập 1, quy trình số 350 — Kỹ thuật của phòng khám: mã 488 · Laser điều trị nám da

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser (khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO2, laser Argon, laser màu… Nám da là hiện tượng tăng sắc tố của da, có nhiều nguyên nhân: Di truyền, thay đổi nội tiết, sử dụng mỹ phẩm, phơi nắng… Trong điều trị nám da, laser màu hay laser Nd: YAG Q-Switch, IPL… thường được sử dụng nhiều nhất.
- Nguyên lý: Hiệu ứng là Melanin bị phân mảnh và tẩy tế bào chết tự nhiên.
- Mục đích: làm mờ hoặc loại bỏ nám da

2. CHỈ ĐỊNH

Laser điều trị nám da được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Nám da kháng trị với các biện pháp bôi sáng, chống nắng, và peel hóa học, tức là không đáp ứng tốt với điều trị nội khoa thông thường.
- Nám da có ảnh hưởng thẩm mỹ rõ rệt, làm người bệnh lo lắng, gây ảnh hưởng tâm lý, mong muốn cải thiện màu sắc da mặt.
- Nám da loại có cả thành phần biểu bì hoặc hỗn hợp, vì nếu chỉ thành phần trung bì chủ yếu, laser có thể có hiệu quả thấp hơn. Việc đánh giá độ sâu của nám (qua soi da hoặc sinh thiết da nếu cần) giúp chọn loại laser phù hợp.
- Da bệnh nhân thuộc loại da có thể chấp nhận được rủi ro (ví dụ da sáng đến trung bình), không quá sẫm màu, vì nguy cơ sau viêm làm tăng sắc tố cao hơn ở da sẫm. Laser có bước sóng 1064 nm (Nd:YAG) hoặc picosecond thường được ưu tiên ở da sẫm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau đây không nên dùng laser cho nám da hoặc phải hoãn/cân nhắc kỹ:

- Da đang bị nhiễm trùng (viêm da, herpes, mụn bọc nặng, tổn thương hở…) tại vùng điều trị.
- Màu da sẫm (Fitzpatrick IV-VI) nếu chưa có kinh nghiệm, không sử dụng laser có bước sóng và cài đặt phù hợp, do nguy cơ tăng sắc tố cao.
- Sử dụng các thuốc gây nhạy cảm ánh sáng hoặc các biện pháp lột da mới trong thời gian gần, làm da nhạy cảm, dễ tổn thương.
- Còn tiếp xúc nhiều ánh sáng mặt trời hoặc đã rám nắng gần đây vì ảnh hưởng tới phản ứng da sau laser và làm tăng nguy cơ biến chứng.

- Phụ nữ đang mang thai thận trọng (hầu hết các liệu pháp laser chưa được chứng minh an toàn đầy đủ khi mang thai).
- Người có tiền sử sẹo lồi (keloid), sẹo phì đại, hoặc vấn đề lành thương da kém.
- Các bệnh lý da liễu kèm theo (ví dụ vảy nến, bệnh mô liên kết, rối loạn sắc tố khác) đang hoạt động.
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế về kết quả (ví dụ mong sắc tố trả về hoàn toàn, không cần bảo vệ nắng lâu dài, ít số lần điều trị).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về da khác, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ …
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ: 1 người

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bộ dây truyền dịch, dây hút dịch, dây nối bơm tiêm điện…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim luồn tĩnh mạch, kim tiêm dùng 1 lần
- Chạc ba tĩnh mạch
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Máy laser
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh:

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn, …
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm tổn thương và các đặc điểm có liên quan khác.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo quy định.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước can thiệp về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do can thiệp, do gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp.
- Chuẩn bị trước can thiệp: vệ sinh vùng can thiệp và các chuẩn bị theo các quy định khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 phút (2 giờ)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng Lidocain, Xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

6.1. Bước 1: Dùng laser màu hoặc laser YAG Q-Switch với công suất và chế độ phù hợp, sử dụng bàn đạp hay phím bấm tay để bắn tia lên diện tổn thương cần điều trị.

6.2. Bước 2:

- Bôi kem làm ẩm lên diện tổn thương sau khi kết thúc điều trị.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ.
- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của gây tê: Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng theo quy trình, hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức, …

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: Đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.
- Đau, rát vùng điều trị. Xử trí: Bôi tê, dùng thuốc giảm đau nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Thiết Sơn (2018), “Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ”, Nhà xuất bản y học.

2.Neligan, Gurtner (2018), “Plastic Surgery: Principles, Fourth edition”, Elsevier Inc.

3. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

Mã 53 — ĐẶT CANUYN MŨI HẦU, MIỆNG HẦU

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc", chương "Quy trình kỹ thuật trong cấp cứu hồi sức bệnh lý hô hấp" (chưa đọc được nguyên văn quy trình; số thứ tự quy trình chưa đối chiếu); bố cục theo QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 349 "Laser điều trị u da" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 53 · Đặt canuyn mũi hầu, miệng hầu

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Canuyn miệng hầu là ống nhựa cong có gờ chặn, đặt qua miệng xuống vùng hầu; canuyn mũi hầu là ống mềm có loe ở đầu ngoài, đặt qua lỗ mũi xuống vùng hầu. Đặt canuyn mũi hầu, miệng hầu là kỹ thuật cấp cứu cơ bản nhằm khai thông và duy trì đường thở trên ở người bệnh giảm ý thức.
- Nguyên lý: Canuyn giữ cho gốc lưỡi và phần mềm vùng hầu không tụt ra sau làm bít đường thở, tạo đường dẫn khí từ miệng hoặc mũi đến hạ hầu, hỗ trợ người bệnh tự thở hoặc hỗ trợ bóp bóng qua mặt nạ.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Khai thông, duy trì đường thở trên do tụt lưỡi ở người bệnh giảm ý thức
- + Hỗ trợ thông khí qua mặt nạ có hiệu quả
- + Duy trì đường thở trong thời gian xử trí cấp cứu tại phòng khám và chờ chuyển viện

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh giảm ý thức, hôn mê có tắc nghẽn đường thở trên do tụt lưỡi (ngáy, rút lõm, thở không hiệu quả) trong các tình huống cấp cứu tại phòng khám: phản vệ, ngộ độc thuốc tê, co giật, ngừng tuần hoàn…
- Người bệnh cần bóp bóng qua mặt nạ
- Canuyn miệng hầu: người bệnh hôn mê, mất phản xạ nôn, phản xạ ho
- Canuyn mũi hầu: người bệnh còn phản xạ nôn, cứng hàm, co giật, không mở được miệng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Canuyn miệng hầu: người bệnh tỉnh, còn phản xạ nôn
- Canuyn mũi hầu: nghi vỡ nền sọ, chấn thương hàm mặt nặng, tắc hoặc dị dạng hốc mũi

4. THẬN TRỌNG

- Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông (nguy cơ chảy máu mũi khi đặt canuyn mũi hầu)
- Chấn thương, chảy máu vùng miệng, răng lung lay, răng giả (tháo răng giả trước khi đặt)
- Dị vật đường thở: lấy dị vật trước khi đặt canuyn
- Canuyn không thay thế được đặt ống nội khí quản khi người bệnh cần bảo vệ đường thở chống hít sặc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng đã được đào tạo cấp cứu cơ bản: 1 người
- Người hỗ trợ: 1 người

5.2. Thuốc

- Chất bôi trơn tan trong nước (cho canuyn mũi hầu)
- Oxy
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT và thuốc cấp cứu theo danh mục của phòng khám

5.3. Thiết bị y tế

- Canuyn miệng hầu các cỡ người lớn, trẻ em
- Canuyn mũi hầu các cỡ
- Đè lưỡi
- Máy hút, ống hút đờm dãi
- Bóng Ambu, mặt nạ các cỡ, túi dự trữ oxy
- Nguồn oxy, dây nối, ống thông oxy, mặt nạ oxy
- Máy theo dõi SpO2 hoặc monitor theo dõi
- Găng tay khám, khẩu trang
- Đèn chiếu sáng
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác trong tủ, xe cấp cứu của phòng khám

5.4. Người bệnh

- Đánh giá nhanh: ý thức, đường thở, nhịp thở, tình trạng tuần hoàn.
- Đặt người bệnh nằm ngửa; khai thông đường thở bằng ngửa đầu, nâng cằm hoặc nâng hàm.
- Kiểm tra khoang miệng: lấy dị vật, răng giả; hút đờm dãi.
- Trong tình huống cấp cứu, thực hiện ngay, không trì hoãn để giải thích hoặc hoàn thiện thủ tục; thông báo cho người nhà sau khi người bệnh tạm ổn định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định; ghi thời điểm, loại và cỡ canuyn, diễn biến vào phiếu theo dõi cấp cứu ngay sau khi xử trí.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại chỗ người bệnh (phòng thực hiện kỹ thuật, phòng phẫu thuật, phòng lưu theo dõi)

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, xác định tình trạng cần khai thông đường thở.
- b. Gọi hỗ trợ; gọi cấp cứu 115 khi có chỉ định chuyển viện.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu ngửa, kê gối mỏng dưới vai nếu cần; không ngửa cổ khi nghi chấn thương cột sống cổ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: không cần

6.1. Bước 1: Chọn loại và cỡ canuyn

- Canuyn miệng hầu: chiều dài tương ứng khoảng cách từ khóe miệng đến góc hàm hoặc dái tai.
- Canuyn mũi hầu: chiều dài tương ứng khoảng cách từ đầu mũi đến dái tai; đường kính vừa với lỗ mũi người bệnh.

6.2. Bước 2: Đặt canuyn miệng hầu

- Mở miệng người bệnh, hút sạch đờm dãi.
- Đưa canuyn vào miệng với mặt lõm hướng lên vòm miệng; khi đầu canuyn tới vòm miệng mềm thì xoay 180 độ và đẩy tiếp đến khi gờ chặn nằm sát môi. Có thể dùng đè lưỡi ấn lưỡi xuống và đưa canuyn vào theo chiều cong tự nhiên.
- Không dùng lực đẩy lưỡi ra sau.

6.3. Bước 3: Đặt canuyn mũi hầu

- Bôi trơn canuyn; chọn lỗ mũi thông hơn.
- Đưa canuyn theo sàn mũi, hướng thẳng ra sau (vuông góc với mặt), vừa đẩy vừa xoay nhẹ đến khi phần loe nằm sát lỗ mũi. Gặp cản thì rút ra, thử bên đối diện hoặc dùng cỡ nhỏ hơn.

6.4. Bước 4: Kiểm tra hiệu quả

- Quan sát lồng ngực di động, nghe luồng khí ra vào, theo dõi SpO2, màu da.
- Cho thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ nếu người bệnh thở không hiệu quả.
- Đường thở chưa thông: chỉnh lại tư thế đầu, cỡ canuyn, hút đờm dãi.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Tiếp tục xử trí nguyên nhân; bàn giao người bệnh cho kíp cấp cứu vận chuyển hoặc cơ sở tiếp nhận.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- Vị trí canuyn, sự thông thoáng đường thở; đờm dãi, máu chảy trong miệng, mũi.
- Phản xạ nôn: người bệnh tỉnh lại, có phản xạ nôn thì rút canuyn miệng hầu.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tắc đường thở nặng hơn do canuyn đẩy lưỡi ra sau hoặc chọn sai cỡ. Xử trí: rút canuyn, khai thông lại đường thở, đặt lại đúng kỹ thuật, đúng cỡ.
- Nôn, trào ngược, hít sặc do kích thích phản xạ nôn. Xử trí: rút canuyn, nghiêng đầu người bệnh sang bên, hút sạch chất nôn.
- Co thắt thanh quản. Xử trí: rút canuyn, cho thở oxy, bóp bóng qua mặt nạ.
- Chảy máu mũi (canuyn mũi hầu), tổn thương răng, môi, lưỡi, niêm mạc miệng. Xử trí: hút sạch máu, ấn ép cầm máu, đổi bên hoặc đổi loại canuyn.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tắc canuyn do đờm dãi, máu. Xử trí: hút sạch, thay canuyn.
- Tuột hoặc di lệch canuyn. Xử trí: đặt lại, cố định.
- Canuyn mũi hầu quá dài vào thực quản gây chướng hơi dạ dày. Xử trí: rút bớt hoặc thay canuyn cỡ phù hợp.

7.4. Biến chứng muộn

- Loét, phù nề niêm mạc miệng, mũi, hầu do đặt kéo dài. Xử trí: theo dõi, chăm sóc tại chỗ; thông báo cơ sở tiếp nhận khi bàn giao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc".

2. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 142(16 Suppl 2):S366-S468, 2020.

5. Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 161:115-151, 2021.

Mã 65 — BÓP BÓNG AMBU QUA MẶT NẠ

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc", chương "Quy trình kỹ thuật trong cấp cứu hồi sức bệnh lý hô hấp" (chưa đọc được nguyên văn quy trình; số thứ tự quy trình chưa đối chiếu); bố cục theo QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 349 "Laser điều trị u da" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 65 · Bóp bóng Ambu qua mặt nạ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Bóp bóng Ambu qua mặt nạ là kỹ thuật thông khí nhân tạo bằng tay, sử dụng bóng tự phồng có van một chiều nối với mặt nạ úp kín mũi và miệng người bệnh, có hoặc không kèm oxy.
- Nguyên lý: Bóp bóng tạo áp lực dương đẩy khí (không khí hoặc khí giàu oxy từ túi dự trữ) qua mặt nạ vào đường thở và phổi người bệnh; khi thả bóng, khí thở ra thoát qua van một chiều, bóng tự phồng trở lại.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Cung cấp oxy và thông khí cho người bệnh ngừng thở hoặc thở không hiệu quả
- + Phối hợp với ép tim ngoài lồng ngực trong hồi sinh tim phổi
- + Duy trì oxy hóa trong thời gian xử trí cấp cứu tại phòng khám, trước khi đặt ống nội khí quản và trong khi chờ chuyển viện

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở, ngừng tuần hoàn
- Thở yếu, thở chậm, thở không hiệu quả, giảm oxy máu không đáp ứng với thở oxy, trong các tình huống cấp cứu tại phòng khám: phản vệ, ngộ độc thuốc tê, co giật, suy hô hấp…
- Oxy hóa trước khi đặt ống nội khí quản và giữa các lần đặt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi người bệnh ngừng thở
- Tắc nghẽn hoàn toàn đường thở trên do dị vật chưa được lấy ra (lấy dị vật trước, sau đó thông khí)

4. THẬN TRỌNG

- Dạ dày đầy, nguy cơ trào ngược, hít sặc
- Chấn thương hàm mặt, râu rậm, không có răng làm mặt nạ khó úp kín
- Nghi chấn thương cột sống cổ: khai thông đường thở bằng nâng hàm, không ngửa cổ quá mức

- Bệnh phổi tắc nghẽn, nguy cơ tràn khí màng phổi: tránh bóp với thể tích, áp lực quá lớn

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng đã được đào tạo cấp cứu cơ bản: 1 người
- Người hỗ trợ: 1 người (giữ mặt nạ bằng hai tay khi cần, ép tim, gọi cấp cứu)

5.2. Thuốc

- Oxy
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT và thuốc cấp cứu theo danh mục của phòng khám

5.3. Thiết bị y tế

- Bóng Ambu người lớn, trẻ em, có van một chiều và túi dự trữ oxy
- Mặt nạ các cỡ
- Nguồn oxy, đồng hồ lưu lượng, dây nối oxy
- Canuyn miệng hầu, canuyn mũi hầu các cỡ
- Máy hút, ống hút đờm dãi
- Máy theo dõi SpO2 hoặc monitor theo dõi
- Găng tay khám, khẩu trang
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác trong tủ, xe cấp cứu của phòng khám

5.4. Người bệnh

- Đánh giá nhanh: ý thức, đường thở, nhịp thở, mạch.
- Đặt người bệnh nằm ngửa trên mặt phẳng cứng; khai thông đường thở bằng ngửa đầu, nâng cằm hoặc nâng hàm.
- Lấy dị vật, răng giả; hút đờm dãi; đặt canuyn miệng hầu hoặc mũi hầu nếu cần.
- Trong tình huống cấp cứu, thực hiện ngay, không trì hoãn để giải thích hoặc hoàn thiện thủ tục; thông báo cho người nhà sau khi người bệnh tạm ổn định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định; ghi thời điểm bắt đầu, kết thúc, lưu lượng oxy, diễn biến vào phiếu theo dõi cấp cứu ngay sau khi xử trí.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Liên tục đến khi người bệnh tự thở hiệu quả, được đặt ống nội khí quản hoặc bàn giao cho kíp cấp cứu vận chuyển

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại chỗ người bệnh (phòng thực hiện kỹ thuật, phòng phẫu thuật, phòng lưu theo dõi) và trên phương tiện vận chuyển

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, xác định tình trạng ngừng thở hoặc thở không hiệu quả; kiểm tra mạch.
- b. Gọi hỗ trợ; gọi cấp cứu 115.
- c. Kiểm tra bóng Ambu trước khi dùng: van hoạt động, bóng tự phồng lại, không rò khí; nối oxy vào bóng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: không cần

6.1. Bước 1: Chọn mặt nạ vừa với mặt người bệnh, che kín từ sống mũi đến rãnh dưới môi dưới; nối oxy vào bóng với lưu lượng cao, lắp túi dự trữ oxy (lưu lượng oxy 15 lít/phút).

6.2. Bước 2: Úp mặt nạ

- Một người: tay không thuận giữ mặt nạ theo kiểu chữ C – E (ngón cái và ngón trỏ ấn mặt nạ, ba ngón còn lại nâng xương hàm dưới), tay thuận bóp bóng.
- Hai người: một người giữ mặt nạ bằng hai tay và nâng hàm, một người bóp bóng; áp dụng khi một người không úp kín được mặt nạ.

6.3. Bước 3: Bóp bóng

- Bóp bóng đều tay, mỗi lần bóp trong khoảng 1 giây, thể tích vừa đủ làm lồng ngực nhô lên; không bóp quá mạnh, quá nhanh.
- Người bệnh ngừng tuần hoàn, chưa có đường thở nâng cao: phối hợp 30 lần ép tim với 2 lần bóp bóng theo hướng dẫn hồi sinh tim phổi hiện hành (AHA 2020, 2025).
- Người bệnh còn mạch nhưng ngừng thở hoặc thở không hiệu quả: bóp bóng khoảng 1 lần mỗi 6 giây (10 lần/phút); người bệnh còn tự thở yếu thì bóp bóng theo nhịp thở vào của người bệnh.

6.4. Bước 4: Đánh giá hiệu quả thông khí

- Lồng ngực nhô lên theo mỗi lần bóp, SpO2 cải thiện, màu da hồng.
- Thông khí không hiệu quả: chỉnh lại tư thế đầu, úp lại mặt nạ, đặt canuyn miệng hầu, chuyển sang kỹ thuật hai người, hút đờm dãi; cân nhắc đặt ống nội khí quản hoặc mask thanh quản nếu có người được đào tạo.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Tiếp tục xử trí nguyên nhân; bàn giao người bệnh cho kíp cấp cứu vận chuyển hoặc cơ sở tiếp nhận.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, SpO2, màu da.
- Di động lồng ngực, độ kín của mặt nạ, nguồn oxy và túi dự trữ oxy.
- Bụng: tình trạng chướng hơi dạ dày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Thông khí không hiệu quả do mặt nạ hở, tắc đường thở. Xử trí: khai thông lại đường thở, úp lại mặt nạ, đặt canuyn, kỹ thuật hai người.
- Chướng hơi dạ dày, nôn, trào ngược, hít sặc. Xử trí: giảm thể tích và tốc độ bóp bóng; nghiêng đầu sang bên, hút sạch chất nôn; cân nhắc đặt ống nội khí quản.
- Chấn thương áp lực, tràn khí màng phổi do bóp bóng quá mạnh. Xử trí: giảm thể tích bóp, theo dõi; nghi tràn khí màng phổi thì chuyển viện cấp cứu.
- Tổn thương mắt, da mặt do ấn mặt nạ. Xử trí: chọn đúng cỡ mặt nạ, ấn vừa đủ kín.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Viêm phổi do hít sặc. Xử trí: thông báo cơ sở tiếp nhận khi bàn giao; điều trị tại cơ sở tiếp nhận.

7.4. Biến chứng muộn

- Tổn thương do thiếu oxy kéo dài trước khi thông khí hiệu quả. Xử trí: điều trị tại cơ sở tiếp nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc".

2. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 142(16 Suppl 2):S366-S468, 2020.

5. Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 161:115-151, 2021.

6. Neal JM, Neal EJ, Weinberg GL. American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Local Anesthetic Systemic Toxicity checklist: 2020 version. Reg Anesth Pain Med 46(1):81-82, 2021.

7. American Heart Association / Heart and Stroke Foundation of Canada (2025), Guidelines 2025 – ACLS Provider Manual (thông khí 1 lần mỗi 6 giây; SpO2 mục tiêu 90 – 98%).

8. Queensland Ambulance Service (2021), Clinical Practice Procedure: Bag-valve-mask ventilation (oxy 15 lít/phút).

Mã 66 — ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc", chương "Quy trình kỹ thuật trong cấp cứu hồi sức bệnh lý hô hấp" (chưa đọc được nguyên văn quy trình; số thứ tự quy trình chưa đối chiếu); bố cục theo QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 349 "Laser điều trị u da" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 66 · Đặt ống nội khí quản

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Đặt ống nội khí quản là kỹ thuật đưa một ống thông có bóng chèn qua miệng, qua thanh môn vào khí quản dưới quan sát trực tiếp bằng đèn soi thanh quản, nhằm kiểm soát đường thở.
- Nguyên lý: Ống nội khí quản tạo đường dẫn khí trực tiếp vào khí quản; bóng chèn bơm căng làm kín khí quản, cho phép thông khí áp lực dương có hiệu quả và hạn chế hít sặc. Tại phòng khám, kỹ thuật chỉ thực hiện trong cấp cứu (ngừng tuần hoàn, hôn mê, suy hô hấp nặng) khi bóp bóng qua mặt nạ không đảm bảo, trước và trong khi chờ chuyển viện; phòng khám không gây mê, không dùng thuốc giãn cơ.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Khai thông và bảo vệ đường thở
- + Thông khí, cung cấp oxy có hiệu quả
- + Hạn chế hít sặc dịch dạ dày, máu, đờm dãi vào phổi

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng tuần hoàn, ngừng thở cần kiểm soát đường thở lâu dài
- Hôn mê, mất phản xạ bảo vệ đường thở, nguy cơ hít sặc cao
- Suy hô hấp nặng, thông khí qua mặt nạ không hiệu quả, trong các tình huống cấp cứu tại phòng khám: phản vệ, ngộ độc thuốc tê, co giật kéo dài…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu khi người bệnh cần kiểm soát đường thở
- Người thực hiện chưa được đào tạo, không duy trì kỹ năng đặt ống nội khí quản: không thực hiện, tiếp tục bóp bóng qua mặt nạ và chờ kíp cấp cứu

4. THẬN TRỌNG

- Phù nề thanh quản, phù mạch do phản vệ: đặt ống khó, dùng ống cỡ nhỏ hơn, chuẩn bị phương án dự phòng
- Nghi chấn thương cột sống cổ: cố định cổ thẳng trục, không ngửa cổ
- Chấn thương hàm mặt, há miệng hạn chế, cổ ngắn, răng hô, lưỡi to: đường thở khó

- Co giật, cứng hàm, còn phản xạ: không đặt được khi chưa kiểm soát co giật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ đã được đào tạo và duy trì kỹ năng đặt ống nội khí quản: 1 người
- Điều dưỡng: 1 – 2 người (hỗ trợ dụng cụ, bóp bóng, ép tim, theo dõi)

5.2. Thuốc

- Oxy
- Chất bôi trơn tan trong nước
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT và thuốc cấp cứu theo danh mục của phòng khám (bao gồm nhũ dịch lipid 20% nơi sử dụng thuốc tê)
- Thuốc an thần, chống co giật: phòng khám không dự trữ thuốc tiêm an thần, chống co giật; người bệnh co giật: bảo vệ đường thở, thở oxy, gọi 115 và chuyển viện

5.3. Thiết bị y tế

- Đèn soi thanh quản, lưỡi đèn cong các cỡ; pin dự phòng
- Ống nội khí quản các cỡ (cỡ thường dùng cho người lớn: nữ 7,0 – 7,5; nam 7,5 – 8,0), có bóng chèn
- Nòng dẫn ống nội khí quản
- Bơm tiêm 10 ml để bơm bóng chèn
- Kẹp Magill
- Băng dính hoặc dây cố định ống nội khí quản
- Ống nghe
- Bóng Ambu, mặt nạ các cỡ, túi dự trữ oxy; nguồn oxy, dây nối
- Canuyn miệng hầu các cỡ
- Mask thanh quản người lớn cỡ 3, 4, 5, chọn cỡ theo cân nặng theo hướng dẫn của nhà sản xuất (phương án dự phòng)
- Máy hút, ống hút đờm dãi cứng và mềm
- Máy theo dõi SpO2 hoặc monitor theo dõi; thiết bị phát hiện CO2 khí thở ra (đầu đo đổi màu dùng một lần) nếu có
- Găng tay, khẩu trang, kính bảo hộ
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác trong tủ, xe cấp cứu của phòng khám

5.4. Người bệnh

- Đánh giá nhanh: ý thức, đường thở, nhịp thở, mạch, huyết áp, SpO2; đánh giá các dấu hiệu đường thở khó.
- Đặt người bệnh nằm ngửa; lấy răng giả, dị vật; hút đờm dãi.
- Oxy hóa trước bằng bóp bóng qua mặt nạ với oxy lưu lượng cao.

- Trong tình huống cấp cứu, thực hiện ngay, không trì hoãn để giải thích hoặc hoàn thiện thủ tục; thông báo cho người nhà sau khi người bệnh tạm ổn định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định; ghi thời điểm đặt ống, cỡ ống, độ sâu ống tại cung răng, số lần đặt, cách xác nhận vị trí ống, diễn biến vào phiếu theo dõi cấp cứu ngay sau khi xử trí.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Mỗi lần đặt ống không kéo dài; dừng lại, bóp bóng oxy hóa lại khi SpO2 giảm dưới 90% (ngưỡng phòng khám đặt ra)

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại chỗ người bệnh (phòng thực hiện kỹ thuật, phòng phẫu thuật, phòng lưu theo dõi)

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, xác định chỉ định đặt ống nội khí quản.
- b. Gọi hỗ trợ; gọi cấp cứu 115. Kiểm tra dụng cụ: đèn sáng, bóng chèn không xì, máy hút hoạt động, oxy sẵn sàng.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối mỏng dưới chẩm, đầu ngửa nhẹ (tư thế đầu ngửi); không ngửa cổ khi nghi chấn thương cột sống cổ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: không áp dụng (người bệnh hôn mê, ngừng tuần hoàn); phòng khám không gây mê

6.1. Bước 1: Oxy hóa trước bằng bóp bóng qua mặt nạ với oxy lưu lượng cao; trong ngừng tuần hoàn, hạn chế tối đa thời gian gián đoạn ép tim.

6.2. Bước 2: Bộc lộ thanh môn

- Mở miệng người bệnh bằng tay phải; tay trái cầm đèn, đưa lưỡi đèn vào từ góc miệng phải, gạt lưỡi sang trái.
- Tiến đầu lưỡi đèn vào rãnh giữa đáy lưỡi và nắp thanh môn; nâng đèn theo trục cán đèn, không bẩy đèn tì vào răng.
- Hút sạch đờm dãi, máu, chất nôn để nhìn rõ thanh môn.

6.3. Bước 3: Đưa ống nội khí quản

- Đưa ống từ góc miệng phải qua thanh môn dưới quan sát trực tiếp, đến khi bóng chèn qua khỏi dây thanh.
- Rút đèn và nòng dẫn, giữ chắc ống tại cung răng; bơm bóng chèn vừa đủ kín.
- Không đặt được: dừng lại, bóp bóng oxy hóa lại rồi mới đặt lần tiếp; đặt tối đa 3 lần (lần thứ 4 chỉ do người có kinh nghiệm hơn) (DAS 2015); sau đó chuyển sang phương án dự phòng (bóp bóng qua mặt nạ có canuyn, mask thanh quản).

6.4. Bước 4: Xác nhận vị trí ống

- Nối bóng Ambu, bóp bóng: lồng ngực nhô đều hai bên; nghe phổi hai bên rì rào phế nang đều, không nghe tiếng sục khí ở vùng thượng vị; có hơi nước đọng trong ống; CO2 khí thở ra nếu có thiết bị; SpO2 cải thiện.
- Nghi ngờ ống vào thực quản: rút ống ngay, bóp bóng qua mặt nạ, đặt lại.
- Nghe phổi phải rõ hơn trái: ống vào sâu phế quản phải, rút bớt ống đến khi nghe đều hai bên.

6.5. Bước 5: Cố định ống, ghi độ sâu ống tại cung răng; đặt canuyn miệng hầu chống cắn ống nếu cần; tiếp tục bóp bóng với oxy.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Tiếp tục xử trí nguyên nhân; bàn giao người bệnh cho kíp cấp cứu vận chuyển hoặc cơ sở tiếp nhận, thông báo cỡ ống, độ sâu ống, số lần đặt.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, SpO2, màu da.
- Vị trí ống (độ sâu tại cung răng), di động lồng ngực, rì rào phế nang hai bên, áp lực bóng chèn; theo dõi đặc biệt khi di chuyển người bệnh.
- Đờm dãi, máu trong ống.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Đặt nhầm ống vào thực quản. Xử trí: rút ống ngay, bóp bóng qua mặt nạ, đặt lại.
- Ống vào sâu phế quản gốc phải. Xử trí: rút bớt ống đến khi nghe phổi đều hai bên.
- Giảm oxy máu, mạch chậm, ngừng tim trong khi đặt ống. Xử trí: ngừng đặt, bóp bóng oxy hóa lại; hồi sinh tim phổi nếu ngừng tim.
- Nôn, trào ngược, hít sặc. Xử trí: hút sạch, nghiêng đầu nếu không nghi chấn thương cột sống cổ, đặt ống nhanh để bảo vệ đường thở.
- Chấn thương răng, môi, lưỡi, họng, thanh quản; chảy máu. Xử trí: hút sạch máu, lấy răng gãy bằng kẹp Magill, cầm máu.
- Không đặt được ống nhưng thông khí qua mặt nạ được. Xử trí: tiếp tục bóp bóng qua mặt nạ có canuyn hoặc mask thanh quản, chờ kíp cấp cứu.
- Không đặt được ống, không thông khí được. Xử trí: cấp cứu khẩn cấp, gọi hỗ trợ, đặt mask thanh quản; phòng khám không thực hiện mở màng nhẫn giáp; tiếp tục bóp bóng oxy qua mask thanh quản hoặc mặt nạ có canuyn trong khi chờ; chuyển viện ngay.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tuột ống, ống di lệch khi di chuyển người bệnh. Xử trí: kiểm tra lại vị trí ống; tuột ống thì bóp bóng qua mặt nạ, đặt lại.
- Tắc ống do đờm, máu; người bệnh cắn ống. Xử trí: hút qua ống, đặt canuyn miệng hầu chống cắn; không thông được thì thay ống.
- Xì bóng chèn. Xử trí: bơm lại bóng chèn; bóng chèn thủng thì thay ống.
- Tràn khí màng phổi do bóp bóng quá mạnh. Xử trí: giảm thể tích bóp, chuyển viện cấp cứu.

7.4. Biến chứng muộn

- Đau họng, khàn tiếng, tổn thương dây thanh, phù nề thanh quản, viêm phổi do hít sặc. Xử trí: thông báo cơ sở tiếp nhận khi bàn giao; theo dõi, điều trị tại cơ sở tiếp nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc".

2. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. Br J Anaesth 115(6):827-848, 2015.

5. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 142(16 Suppl 2):S366-S468, 2020.

6. Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation 161:115-151, 2021.

7. Frerk C và cs. (2015), Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. Br J Anaesth 115(6):827-848.

8. American Heart Association / Heart and Stroke Foundation of Canada (2025), Guidelines 2025 – ACLS Provider Manual (thông khí 1 lần mỗi 6 giây; SpO2 mục tiêu 90 – 98%).

9. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT, Phụ lục V: hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị (bộ đặt nội khí quản và/hoặc mask thanh quản).

Mã 100 — PHẪU THUẬT THU NHỎ ĐẦU MŨI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 241 "Phẫu thuật thu gọn cánh mũi"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 237 "Phẫu thuật chỉnh sụn cánh mũi" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 100 · Phẫu thuật thu nhỏ đầu mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật thu nhỏ đầu mũi là phẫu thuật thẩm mỹ làm gọn đầu mũi to, bè, tròn bằng cách xử lý sụn cánh mũi lớn và/hoặc mô mềm vùng đầu mũi, giúp mũi cân đối, hài hòa với khuôn mặt.
- Nguyên lý: Tuân theo các quy luật về tỉ lệ kích thước mũi; cắt bớt một phần sụn cánh mũi lớn, khâu định hình sụn để khép hai vòm sụn, lấy bớt mô xơ mỡ dưới da đầu mũi; giữ lại đủ sụn để nâng đỡ đầu mũi và van mũi; đường rạch đặt ở vị trí kín đáo.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Thu gọn đầu mũi to, bè
- + Tạo đường nét đầu mũi thon gọn, cân đối hai bên
- + Bảo tồn chức năng thở của mũi

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có đầu mũi to, bè, tròn, mất cân đối với khuôn mặt
- Hai vòm sụn cánh mũi tách xa nhau, sụn cánh mũi lớn rộng
- Có thể kết hợp với nâng mũi, thu gọn cánh mũi trong cùng cuộc mổ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ: viêm da, viêm tiền đình mũi
- Người bệnh dưới 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có nhiễm trùng vùng lân cận (viêm mũi xoang)
- Da đầu mũi dày, nhiều tuyến bã: kết quả thu gọn hạn chế, cần giải thích trước
- Sụn cánh mũi mỏng, yếu hoặc đã phẫu thuật mũi trước đó
- Người bệnh có khó thở mũi, hẹp van mũi
- Cơ địa sẹo lồi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người

- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát khuẩn
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh dự phòng nếu có chỉ định: cefazolin 2 g tiêm tĩnh mạch (người > 120 kg: 3 g), một liều trong vòng 60 phút trước rạch da; dị ứng beta-lactam: clindamycin 900 mg tĩnh mạch; mổ qua niêm mạc mũi là phẫu thuật sạch – nhiễm (Bratzler 2013)
- Thuốc giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu khâu niêm mạc, chỉ không tiêu đơn sợi khâu da (niêm mạc: chỉ tiêu 5-0; da trụ mũi: chỉ không tiêu 6-0)
- Các loại gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Vật liệu cầm máu mũi nếu cần
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi (banh mũi, móc da hai chạc, kéo cong mảnh)
- Dao điện lưỡng cực
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng, tiền sử phẫu thuật mũi, cơ địa sẹo lồi.
- Khám tại chỗ: đánh giá độ rộng đầu mũi, độ dày da, độ đàn hồi sụn cánh mũi, độ nhô đầu mũi, so sánh hai bên, chức năng thở mũi.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, kết quả có thể đạt được, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cắt lông mũi, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 – 120 phút (1 – 2 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Thiết kế: vẽ đường giữa mũi, vị trí hai vòm sụn, đường viền đầu mũi mong muốn và đường rạch.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải săng. Gây tê tại chỗ vùng đầu mũi, trụ mũi, tiền đình mũi; hút ngược trước khi bơm thuốc; chờ thuốc co mạch có tác dụng.

6.3. Bước 3: Rạch da:

- Đường kín: rạch niêm mạc trong tiền đình mũi (đường rạch bờ sụn hoặc xuyên sụn).
- Đường mở: rạch da ngang trụ mũi nối với đường rạch bờ sụn cánh mũi hai bên.

6.4. Bước 4: Bóc tách trên màng sụn, bộc lộ sụn cánh mũi lớn hai bên.

6.5. Bước 5: Xử lý sụn:

- Cắt bớt phần bờ trên của trụ ngoài sụn cánh mũi lớn, giữ lại dải sụn đủ rộng để nâng đỡ cánh mũi (giữ lại tối thiểu 6 mm chiều rộng sụn).
- Khâu định hình sụn (khâu xuyên vòm, khâu liên vòm) để khép hai vòm sụn, làm hẹp đầu mũi.
- Có thể đặt trụ chống trụ mũi bằng sụn tự thân nếu cần tăng nâng đỡ đầu mũi.

6.6. Bước 6: Xử lý mô mềm: lấy bớt mô xơ mỡ giữa hai vòm sụn và dưới da đầu mũi theo mức đã thiết kế, không làm da đầu mũi quá mỏng.

6.7. Bước 7: Cầm máu kỹ. Kiểm tra độ cân đối hai bên đầu mũi.

6.8. Bước 8: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tiêu, khâu da trụ mũi bằng chỉ không tiêu. Băng dính định hình đầu mũi; đặt vật liệu cầm máu hai bên mũi nếu cần.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi tình trạng đầu mũi: màu sắc da, mép vết mổ, chảy máu mũi.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật; hướng dẫn chăm sóc tại nhà, hẹn cắt chỉ và tái khám: cắt chỉ da sau 5 – 7 ngày; tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu: chảy qua vết mổ. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, khâu cầm máu.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu vết mổ: đầu mũi phồng căng nhanh, chảy máu qua mép vết khâu. Xử trí: mở lại hốc mổ cầm máu.
- Thiểu dưỡng, hoại tử da đầu mũi. Xử trí: chăm sóc tại chỗ, cắt lọc, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

7.4. Biến chứng muộn

- Biến dạng đầu mũi, đầu mũi mất cân đối, lõm cánh mũi, hẹp van mũi ngoài do cắt sụn quá mức. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, ghép sụn tự thân.
- Tiêu sụn vùng trụ mũi. Xử trí: ghép sụn.
- Sẹo xấu, sẹo lồi trụ mũi. Xử trí: tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

5. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

6. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

7. UCLA Health Antimicrobial Stewardship Program (2025), Perioperative antimicrobial prophylaxis recommendations (theo Bratzler DW và cs., ASHP/IDSA/SIS/SHEA 2013).

8. Cephalic trim: giữ lại tối thiểu 6 mm chiều rộng trụ ngoài sụn cánh mũi lớn (Explore Plastic Surgery).

Mã 102 — PHẪU THUẬT HẠ THẤP SỐNG MŨI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 242 "Phẫu thuật hạ sống mũi gồ" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 102 · Phẫu thuật hạ thấp sống mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật hạ thấp sống mũi là phẫu thuật thẩm mỹ làm phẳng, hạ thấp phần sống mũi gồ (gồ xương và/hoặc gồ sụn) bằng các dụng cụ như giũa mài, dao, kéo cắt sụn, giúp mũi đẹp và gương mặt hài hòa hơn.
- Nguyên lý: Lấy bớt phần xương và sụn gồ của sống mũi theo mức đã thiết kế; không gây ảnh hưởng tới các cấu trúc khác của mũi và chức năng thở.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Hạ thấp, làm thẳng sống mũi gồ
- + Tạo đường nét sống mũi cân đối khi nhìn nghiêng
- + Bảo tồn chức năng thở của mũi

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có sống mũi gồ, cao, to (gồ xương, gồ sụn hoặc cả hai)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
- Người bệnh dưới 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có nhiễm trùng cơ quan lân cận (viêm mũi xoang)
- Da sống mũi mỏng: dễ lộ bờ xương, sống mũi không đều sau mổ
- Xương chính mũi ngắn, sụn vách ngăn yếu
- Gồ lớn cần đục xương mũi hai bên khép tháp mũi: bác sĩ đánh giá khả năng thực hiện dưới gây tê tại chỗ; nếu vượt khả năng của phòng khám thì chuyển cơ sở có đủ điều kiện
- Người bệnh có rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát khuẩn
- Dung dịch natri clorid 0,9% để bơm rửa
- Kháng sinh dự phòng nếu có chỉ định: cefazolin 2 g tiêm tĩnh mạch (người > 120 kg: 3 g), một liều trong vòng 60 phút trước rạch da; dị ứng beta-lactam: clindamycin 900 mg tĩnh mạch; mổ qua niêm mạc mũi là phẫu thuật sạch – nhiễm (Bratzler 2013)
- Thuốc giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu khâu niêm mạc, chỉ không tiêu đơn sợi khâu da
- Các loại gạc phẫu thuật
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Nẹp mũi
- Vật liệu cầm máu mũi (merocel, gạc meche…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi
- Bộ giũa xương mũi, đục xương mũi (nếu cần)
- Dao điện lưỡng cực, máy hút
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng, tiền sử chấn thương và phẫu thuật mũi.
- Khám tại chỗ: đánh giá vị trí, kích thước phần gồ (xương, sụn), độ dày da sống mũi, góc mũi trán, độ nhô đầu mũi, vách ngăn, chức năng thở mũi.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ; chụp phim xương chính mũi nếu cần.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: cắt lông mũi, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 – 120 phút (1 – 2 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, đầu cao nhẹ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Thiết kế: vẽ đường giữa sống mũi, phạm vi phần gồ và đường sống mũi mong muốn.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải săng. Gây tê tại chỗ bằng thuốc tê có thuốc co mạch vùng sống mũi, gốc mũi, tiền đình mũi; hút ngược trước khi bơm thuốc.

6.3. Bước 3: Rạch da ngách mũi hai bên (đường kín) hoặc đường rạch trụ mũi kết hợp bờ sụn cánh mũi (đường mở).

6.4. Bước 4: Bóc tách trên màng sụn ở phần sụn; bóc tách dưới màng xương sát xương sống mũi ở phần xương, bộc lộ toàn bộ phần gồ.

6.5. Bước 5: Hạ phần gồ:

- Phần sụn gồ: cắt bớt bờ trên sụn vách ngăn và sụn bên trên bằng dao hoặc kéo, từng ít một.
- Phần xương gồ: mài, giũa xương sống mũi để hạ xuống cân bằng với phần sống mũi còn lại.
- Tùy mức độ gồ, chỉ xử lý phần sụn, phần xương hoặc cả hai, nối liền mặt cắt để sống mũi thẳng, đều, cân xứng, tự nhiên.

6.6. Bước 6: Kiểm tra sống mũi bằng nhìn và sờ qua da. Nếu sống mũi quá to hoặc để lại mái hở sau khi hạ gồ: đục xương mũi hai bên để khép tháp mũi (chỉ thực hiện khi

bác sĩ đánh giá phù hợp với gây tê tại chỗ).

6.7. Bước 7: Bơm rửa khoang mổ bằng dung dịch natri clorid 0,9% để loại bỏ bột xương, mảnh sụn vụn. Cầm máu kỹ.

6.8. Bước 8: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tiêu, khâu da trụ mũi bằng chỉ không tiêu (nếu đường mở). Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp; đặt vật liệu cầm máu hai bên mũi nếu cần.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Theo dõi chảy máu mũi, sưng nề, bầm tím quanh mắt, tình trạng nẹp.
- Điều trị thuốc sau phẫu thuật; hướng dẫn chăm sóc tại nhà, hẹn tháo nẹp, rút vật liệu cầm máu, tái khám: rút vật liệu cầm máu sau 24 – 48 giờ; tháo nẹp, cắt chỉ sau 7 ngày; tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu: chảy qua vết mổ, chảy máu mũi. Xử trí: cầm máu bằng đông điện, nhét meche thấm thuốc co mạch, khâu cầm máu.
- Rách niêm mạc mũi. Xử trí: khâu phục hồi niêm mạc.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu mũi sau mổ. Xử trí: nhét meche, đặt lại vật liệu cầm máu; nếu không cầm được, chuyển cơ sở chuyên khoa.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu sống mũi: sống mũi phồng căng nhanh. Xử trí: chọc hút hoặc mở lại hốc mổ cầm máu.
- Phù nề, bầm tím quanh mắt. Xử trí: chườm lạnh, nằm đầu cao, thuốc giảm phù nề.

7.4. Biến chứng muộn

- Sống mũi không đều, còn gồ, sờ thấy bờ xương. Xử trí: giũa chỉnh lại sau khi ổn định.

- Hạ quá mức gây sống mũi lõm, mái hở sống mũi. Xử trí: ghép sụn tự thân hoặc đặt chất độn, đục khép xương mũi.
- Hẹp van mũi trong, khó thở mũi. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa; chuyển chuyên khoa nếu vượt khả năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

5. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

6. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

7. UCLA Health Antimicrobial Stewardship Program (2025), Perioperative antimicrobial prophylaxis recommendations (theo Bratzler DW và cs., ASHP/IDSA/SIS/SHEA 2013).

Mã 240 — PHẪU THUẬT LẤY BỎ CHẤT LIỆU ĐỘN VÙNG MẶT CỔ

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 327 "Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 325 "Phẫu thuật độn các vật liệu sinh học điều trị má hóp"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 328 "Phẫu thuật độn gò má" (phần lấy bỏ vật liệu, xử trí biến chứng) — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 240 · Phẫu thuật lấy bỏ chất liệu độn vùng mặt cổ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật lấy bỏ chất liệu độn đã đặt hoặc tiêm trước đó ở vùng mặt cổ (sống mũi, cằm, má, gò má, thái dương, trán…) khi chất liệu gây biến chứng hoặc người bệnh có nhu cầu lấy bỏ. Chất liệu có thể ở dạng khối (silicon, ePTFE, polyethylene xốp…) hoặc dạng tiêm lan tỏa trong mô.
- Nguyên lý: Bộc lộ chất liệu độn qua đường mổ cũ hoặc đường rạch kín đáo; lấy bỏ chất liệu và mô viêm, u hạt dị vật đi kèm; bơm rửa, cầm máu, phục hồi các lớp giải phẫu.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Loại bỏ nguyên nhân gây nhiễm trùng, viêm mạn, lộ, di lệch chất liệu
- + Hạn chế tổn thương mô mềm lan rộng
- + Chuẩn bị nền mô cho tạo hình lại thì sau nếu cần

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng, viêm mạn tính quanh chất liệu độn không đáp ứng điều trị nội khoa
- Lộ chất liệu, dọa thủng da hoặc niêm mạc
- Di lệch, lệch vẹo chất liệu, bao xơ co kéo gây biến dạng
- U hạt dị vật, phản ứng viêm do chất liệu tiêm
- Người bệnh có nhu cầu lấy bỏ chất liệu độn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng chưa điều trị ổn định
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Chất liệu tiêm lan tỏa diện rộng, xâm lấn sâu, sát các cấu trúc quan trọng: chuyển cơ sở có đủ điều kiện

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp)
- Chất liệu tiêm lan tỏa trong mô: có thể không lấy hết, cần giải thích trước
- Vùng có thần kinh đi qua (nhánh thần kinh mặt, thần kinh cằm, thần kinh dưới ổ mắt): bóc tách thận trọng

- Da phủ mỏng, sẹo xơ dính: nguy cơ thủng da, biến dạng sau lấy bỏ
- Đường mổ trong miệng có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn ngoài da

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát khuẩn
- Dung dịch natri clorid 0,9% để bơm rửa
- Kháng sinh: dự phòng cefazolin 2 g tĩnh mạch trước rạch da (dị ứng beta-lactam: clindamycin 900 mg); có viêm, nhiễm trùng: amoxicilin – acid clavulanic 1 g uống 2 lần/ngày, 7 – 10 ngày (dị ứng: clindamycin 300 mg uống 3 lần/ngày), điều chỉnh theo kháng sinh đồ
- Thuốc giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Ống dẫn lưu nhỏ (nếu cần)
- Ống nghiệm lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn, lọ đựng bệnh phẩm giải phẫu bệnh
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao điện lưỡng cực, máy hút
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng.
- Khai thác tiền sử: loại chất liệu, thời điểm đặt hoặc tiêm, cơ sở thực hiện, số lần can thiệp, biến chứng đã gặp.
- Khám tại chỗ: vị trí, kích thước, độ di động của chất liệu; tình trạng da phủ; dấu hiệu viêm, rò, lộ; cảm giác và vận động vùng mặt.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ; siêu âm phần mềm hoặc chụp phim để xác định vị trí, phạm vi chất liệu nếu cần.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh, khả năng lấy hết hoặc không lấy hết chất liệu, biến dạng có thể còn lại sau lấy bỏ, khả năng phải tạo hình thì sau, các tai biến, biến chứng có thể gặp.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ (vệ sinh răng miệng nếu đường mổ trong miệng) và các chuẩn bị phẫu thuật khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 120 phút (0,5 – 2 giờ), tùy loại và vị trí chất liệu.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Đánh dấu vị trí, phạm vi chất liệu độn và đường rạch: ưu tiên đường mổ cũ (tiền đình mũi, trụ mũi, niêm mạc ngách lợi, nếp dưới cằm) hoặc đường rạch kín đáo theo nếp da.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải săng. Gây tê tại chỗ quanh vùng chất liệu; hút ngược trước khi bơm thuốc.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc; bóc tách đến bao xơ, bộc lộ chất liệu độn; tránh làm tổn thương thần kinh, mạch máu vùng lân cận.

6.4. Bước 4: Lấy bỏ chất liệu:

- Chất liệu dạng khối: mở bao xơ, lấy bỏ nguyên khối; kiểm tra chất liệu lấy ra còn nguyên vẹn, không sót mảnh.
- Chất liệu dạng tiêm, u hạt dị vật: lấy bỏ khối chất liệu và mô viêm khu trú, bảo tồn tối đa mô lành và da phủ.
- Cắt bỏ phần bao xơ dày, mô hoại tử nếu cần.

6.5. Bước 5: Lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn khi có dịch, mủ; gửi giải phẫu bệnh mô bất thường nếu có chỉ định.

6.6. Bước 6: Bơm rửa khoang bằng dung dịch natri clorid 0,9%. Cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi niêm mạc hoặc da theo lớp. Băng ép nhẹ vùng mổ; nẹp cố định nếu ở vùng mũi.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (mô tả chất liệu đã lấy bỏ), lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Vết mổ: chảy máu, phù nề, dịch dẫn lưu, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Cảm giác, vận động vùng mặt.
- Theo dõi kết quả cấy vi khuẩn, giải phẫu bệnh; hướng dẫn chăm sóc tại nhà, hẹn rút dẫn lưu, cắt chỉ, tái khám: rút dẫn lưu sau 24 – 48 giờ (khi dịch < 20 ml/ngày); cắt chỉ da mặt sau 5 – 7 ngày; tái khám khi có kết quả cấy, giải phẫu bệnh và sau 1 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ. Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu do mạch máu vùng bóc tách. Xử trí: cầm máu bằng đốt điện, khâu cầm máu, băng ép.
- Tổn thương thần kinh vùng mặt. Xử trí: ghi nhận, theo dõi, hội chẩn chuyên khoa.
- Thủng da phủ khi bóc tách. Xử trí: khâu phục hồi.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tụ máu, tụ dịch. Xử trí: băng ép, chọc hút dịch hoặc mở kiểm tra cầm máu, dẫn lưu.
- Phù nề vùng mổ. Xử trí: chườm lạnh, thuốc giảm phù nề, kê cao đầu.
- Nhiễm trùng: vết mổ đỏ, sưng, chảy dịch. Xử trí: thay băng, cấy dịch, kháng sinh theo kháng sinh đồ, dẫn lưu.

7.4. Biến chứng muộn

- Lõm, biến dạng, co kéo mô mềm sau lấy bỏ. Xử trí: tạo hình lại thì sau bằng mô tự thân hoặc chất liệu phù hợp khi tình trạng tại chỗ ổn định.
- Còn sót chất liệu, tái phát viêm, u hạt. Xử trí: điều trị nội khoa, phẫu thuật lấy bỏ bổ sung.
- Rò kéo dài. Xử trí: tìm và lấy bỏ dị vật còn sót, cắt bỏ đường rò.
- Sẹo xấu: chăm sóc sẹo, phẫu thuật tạo hình khi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Yaremchuk MJ. Alloplastic facial implants: current status. Plast Reconstr Surg. 2001.

5. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

6. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

7. UCLA Health Antimicrobial Stewardship Program (2025), Perioperative antimicrobial prophylaxis recommendations (theo Bratzler DW và cs., ASHP/IDSA/SIS/SHEA 2013).

Mã 423 — PHẪU THUẬT LẤY BỌNG MỠ MI DƯỚI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 200 "Phẫu thuật thừa mỡ ổ mắt"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 203 "Phẫu thuật thừa da mi dưới" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 423 · Phẫu thuật lấy bọng mỡ mi dưới

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Bọng mỡ mi dưới là tình trạng mỡ ổ mắt thoát vị ra trước qua vách ổ mắt yếu, tạo túi phồng ở mi dưới, làm mắt trông mệt mỏi, già trước tuổi. Phẫu thuật lấy bọng mỡ mi dưới là lấy bớt hoặc phân bố lại mỡ thừa ở các ngăn mỡ mi dưới.
- Nguyên lý: Lấy bớt mỡ thừa ở ba ngăn mỡ mi dưới (trong, giữa, ngoài) qua đường rạch kết mạc mi dưới (không để sẹo ngoài da) hoặc qua đường rạch dưới bờ mi khi kèm thừa da.
- Mục đích:
- + Loại bỏ bọng mỡ mi dưới
- + Tạo sự trẻ hóa cho đôi mắt
- + Tạo sự cân đối cho mi dưới hai bên

2. CHỈ ĐỊNH

- Bọng mỡ mi dưới một bên hoặc hai bên, không hoặc ít thừa da, trương lực mi dưới tốt
- Bọng mỡ mi dưới gây ảnh hưởng thẩm mỹ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Viêm nhiễm vùng mắt
- Viêm nhiễm vùng mi mắt
- Phù mi do bệnh lý toàn thân (bệnh thận, tim, tuyến giáp, dị ứng), không phải do thoát vị mỡ

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như tật khúc xạ, khô mắt, glôcôm, khối u vùng mắt…
- Mắt lồi hoặc mắt sâu, rãnh lệ sâu: lấy mỡ có thể làm trũng mi dưới
- Thừa da mi dưới nhiều, mi dưới nhão: cân nhắc kết hợp phẫu thuật thừa da mi dưới
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê nhỏ mắt: tetracain 0,5% hoặc proparacain 0,5%
- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát trùng dùng được cho vùng quanh mắt: povidon iod 5% (không dùng cồn, chlorhexidin cồn quanh mắt)
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Thuốc tra mắt, mỡ kháng sinh tra mắt: tobramycin 0,3% nhỏ mắt; mỡ tra mắt tobramycin hoặc tobramycin – dexamethason
- Giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt: banh mi, móc mi, tấm che bảo vệ nhãn cầu, kéo mảnh
- Dao điện lưỡng cực
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang dùng, tiền sử phẫu thuật mí trước đây, các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…

- Khám tại chỗ: đánh giá vị trí, mức độ bọng mỡ từng ngăn ở tư thế ngồi, mức độ da thừa, trương lực mi dưới, rãnh lệ, độ lồi mắt, so sánh hai bên.
- Khám mắt (thị lực, vận nhãn) nếu có chỉ định; ghi nhận thị lực trước mổ.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: tẩy trang, vệ sinh vùng mổ và các chuẩn bị phẫu thuật khác.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 – 90 phút (1 – 1,5 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí phẫu thuật (mắt phải, mắt trái, hai mắt)…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Đánh dấu vị trí các khối mỡ ở tư thế ngồi, người bệnh nhìn lên.

6.2. Bước 2: Nhỏ thuốc tê bề mặt; sát khuẩn, trải săng. Gây tê tại chỗ kết mạc cùng đồ dưới và vùng mỡ mi dưới, tiêm chậm, nông; hút ngược trước khi bơm thuốc.

6.3. Bước 3: Kéo mi dưới xuống, bảo vệ nhãn cầu bằng tấm che. Rạch kết mạc mi dưới dưới bờ sụn mi theo chiều ngang mi (cách bờ dưới sụn mi 3 – 5 mm, đường sau vách). Trường hợp kèm thừa da: rạch da dưới bờ mi theo quy trình thừa da mi dưới.

6.4. Bước 4: Bộc lộ lần lượt ngăn mỡ trong, giữa, ngoài. Nhận diện và bảo vệ cơ chéo bé nằm giữa ngăn mỡ trong và ngăn mỡ giữa.

6.5. Bước 5: Ấn nhẹ nhãn cầu để mỡ lồi ra; kẹp, cắt bỏ phần mỡ thừa từng ngăn, không kéo mạnh cuống mỡ; cầm máu kỹ cuống mỡ trước khi thả.

6.6. Bước 6: Kiểm tra độ cân đối hai bên. Để kết mạc tự áp hoặc khâu bằng chỉ tiêu nếu cần.

6.7. Bước 7: Tra mỡ kháng sinh, đặt gạc vô trùng, chườm lạnh.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật, kiểm tra thị lực, vận nhãn trước khi cho về.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng vết mổ, mức độ sưng nề, thị lực, vận nhãn, nhìn đôi, đau nhức nhãn cầu.
- Hướng dẫn chườm lạnh, nằm đầu cao, tra thuốc mắt; dấu hiệu cần quay lại ngay (đau nhức mắt tăng, mắt lồi căng, nhìn mờ); hẹn tái khám sau 1 ngày, 7 ngày (cắt chỉ da nếu có rạch da), 1 tháng và 3 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu: qua vết mổ, cuống mỡ. Xử trí: cầm máu, đốt điện lưỡng cực, băng ép nhẹ.
- Tổn thương cơ chéo bé, tổn thương nhãn cầu. Xử trí: ghi nhận, theo dõi, hội chẩn chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ hoặc tụ máu sau nhãn cầu (đau nhức mắt, mắt lồi căng, giảm thị lực). Xử trí: cấp cứu, mở vết mổ giải áp, cầm máu; chuyển ngay chuyên khoa mắt.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc, xuất huyết dưới kết mạc. Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, tra thuốc, hội chẩn chuyên khoa nếu cần.
- Nhìn đôi. Xử trí: theo dõi, chuyển chuyên khoa mắt nếu kéo dài.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Lấy mỡ quá nhiều gây trũng mi dưới, lõm rãnh lệ. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa (ghép mỡ) nếu cần.
- Còn bọng mỡ, không đều hai bên. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa sau khi ổn định.
- Co rút mi dưới, trễ mi dưới (khi dùng đường rạch da). Xử trí: điều trị giảm phù nề, xoa bóp, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.
- Sẹo lồi, quá phát (khi dùng đường rạch da). Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. St Louis: Quality Medical Publishing, 2008.

3. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

4. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

5. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

6. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

7. Korchia D và cs. (2003), Transconjunctival lower blepharoplasty: đường rạch sau vách cách bờ dưới sụn mi 3 – 5 mm. Can J Plast Surg 11(3):166-170.

Mã 425 — PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ THẨM MỸ VÙNG MẮT

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 198 "Phẫu thuật thừa da mi trên"; số 201 "Phẫu thuật tạo nếp mí mắt [2 bên]"; số 203 "Phẫu thuật thừa da mi dưới"; số 204 "Phẫu thuật tạo vạt tại chỗ điều trị lộn mi dưới"; số 191 "Phẫu thuật ghép gân tự thân điều trị hở mi" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 425 · Phẫu thuật chỉnh sửa các biến chứng sau mổ thẩm mỹ vùng mắt

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật chỉnh sửa các biến chứng sau mổ thẩm mỹ vùng mắt là phẫu thuật can thiệp lại vùng mi mắt, cung mày ở người bệnh đã được phẫu thuật thẩm mỹ trước đó (cắt da thừa mi trên, mi dưới, tạo nếp mí, lấy bọng mỡ mi, treo cung mày…) nhằm khắc phục các biến chứng và kết quả thẩm mỹ không như mong đợi như: mí lệch hai bên, nếp mí quá cao hoặc quá thấp, mất nếp mí, nhiều nếp mí, còn thừa da, lõm mi trên, sẹo xấu, sụp mi hoặc trợn mi, co rút hoặc lật mi dưới.
- Nguyên lý: giải phóng sẹo xơ dính giữa các lớp của mi (da, cơ vòng mi, vách ổ mắt, mỡ, cân cơ nâng mi, sụn mi); đưa các lớp giải phẫu về vị trí; tạo lại liên kết giữa da và sụn mi hoặc cân cơ nâng mi ở vị trí mới; bù lại mô thiếu (chuyển mỡ, ghép mỡ) và lấy bỏ mô thừa; với mi dưới thì làm căng và cố định lại góc mắt ngoài.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Phục hồi hình dáng mi mắt, nếp mí cân đối hai bên
- + Phục hồi chức năng nhắm, mở mắt, bảo vệ giác mạc
- + Cải thiện sẹo vùng mi mắt, cung mày

2. CHỈ ĐỊNH

- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi sau phẫu thuật mi mắt: mí lệch hai bên, nếp mí quá cao hoặc quá thấp, mất nếp mí, nhiều nếp mí, mí không hoàn toàn, còn thừa da, lõm mi trên.
- Sụp mi hoặc trợn mi mức độ nhẹ, vừa sau phẫu thuật, không cải thiện sau thời gian theo dõi.
- Co rút mi dưới, lật mi dưới mức độ nhẹ, vừa sau phẫu thuật thừa da mi dưới hoặc lấy bọng mỡ mi dưới.
- Sẹo xấu, sẹo co kéo, sẹo lõm vùng mi mắt, cung mày.
- Cung mày hai bên không cân xứng sau treo cung mày.
- Thời điểm phẫu thuật: sau khi hết phù nề và sẹo ổn định, tối thiểu 6 tháng sau lần phẫu thuật trước; trừ trường hợp bác sĩ chỉ định xử trí sớm (hở mi gây tổn thương giác mạc, chỉ cố định sai vị trí…).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Viêm nhiễm vùng mắt.
- Viêm nhiễm vùng mi mắt.
- Sẹo, phù nề chưa ổn định sau lần phẫu thuật trước (hoãn đến khi ổn định).
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế về kết quả chỉnh sửa.
- Các trường hợp vượt quá phạm vi gây tê tại chỗ của phòng khám, chuyển cơ sở có chuyên khoa mắt hoặc phẫu thuật tạo hình phù hợp:
- + Khuyết mi toàn bộ hoặc phần lớn chiều dày mi cần tái tạo bằng vạt, ghép sụn, ghép niêm mạc
- + Lật mi, co rút mi mức độ nặng
- + Hở mi nặng gây loét giác mạc, tổn thương nhãn cầu, giảm thị lực
- + Tổn thương lệ đạo, tụ máu sau nhãn cầu

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có các bệnh lý về mắt như khô mắt, tật khúc xạ, khối u vùng mắt…
- Người bệnh đã phẫu thuật mi mắt nhiều lần, thiếu da mi trên do cắt da quá mức trước đó (không cắt thêm da).
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng tiểu cầu.
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người (bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ)
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng theo dõi người bệnh)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Mỡ kháng sinh tra mắt
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Thuốc và dịch truyền trong hộp chống sốc phản vệ, tủ thuốc cấp cứu

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt, tấm che bảo vệ nhãn cầu
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO2; nguồn oxy
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn, các bệnh lý về mắt…
- Khai thác tiền sử phẫu thuật mi mắt trước đây: thời gian, phương pháp, số lần phẫu thuật, vật liệu đã sử dụng (nếu có).
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mi mắt, chiều cao nếp mí hai bên, độ mở của mắt, độ vận động của mi trên, khả năng nhắm kín mắt, lượng da mi còn lại, mỡ thừa hoặc lõm mi, vị trí và độ căng mi dưới, tình trạng sẹo.
- Khám mắt: thị lực, tình trạng giác mạc; khám chuyên khoa mắt nếu có chỉ định.
- Xét nghiệm trước phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ: theo NICE NG45, người khỏe mạnh (ASA 1) không cần xét nghiệm thường quy; người có bệnh nền (ASA 2 trở lên): cân nhắc điện tim khi có bệnh tim mạch, thận, đái tháo đường; chức năng thận khi có nguy cơ tổn thương thận cấp; HbA1c ở người đái tháo đường chưa xét nghiệm trong 3 tháng; đông máu khi dùng thuốc chống đông hoặc có tiền sử chảy máu. Bác sĩ chỉ định thêm công thức máu và xét nghiệm khác khi có lý do lâm sàng.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh, khả năng cải thiện và giới hạn của phẫu thuật chỉnh sửa, các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh, khả năng phải chỉnh sửa thêm.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: vệ sinh vùng mổ, tẩy trang, không trang điểm vùng mắt.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại trú theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí, đúng bên phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng lidocain có adrenalin; liều tối đa theo bảng liều của phòng khám, ghi tổng liều đã dùng vào phiếu phẫu thuật. Phòng khám không gây mê.

6.1. Bước 1: Thiết kế

- Người bệnh ngồi, mắt nhìn thẳng: đánh dấu vị trí nếp mí mới, phần da thừa sẽ cắt bỏ (nếu có), vùng sẹo cần lấy bỏ; đo, so sánh hai bên.
- Giữ lại đủ chiều cao da mi trên để nhắm kín mắt (khoảng cách từ bờ dưới cung mày đến bờ mi không dưới 20 mm, đường rạch trên cách bờ dưới cung mày ít nhất 10 mm).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải toan, gây tê tại chỗ

6.3. Bước 3: Rạch da theo thiết kế, thường theo đường sẹo cũ hoặc đường nếp mí mới; lấy bỏ sẹo xấu nếu cần.

6.4. Bước 4: Xử lý theo từng loại biến chứng

- Nếp mí quá cao, nhiều nếp mí, mất nếp mí, mí lệch: gỡ dính sẹo giữa da – cơ vòng mi với vách ổ mắt và cân cơ nâng mi; tháo bỏ chỉ cố định cũ nếu có; chuyển vạt mỡ hoặc ghép mỡ để chống dính, làm đầy chỗ lõm; tạo lại liên kết giữa da và sụn mi hoặc cân cơ nâng mi ở vị trí mới.
- Còn thừa da, thừa mỡ: cắt bỏ phần da, mỡ thừa theo thiết kế, tránh cắt quá mức.
- Sụp mi sau mổ do tổn thương, tuột cân cơ nâng mi: tìm và khâu cố định lại cân cơ nâng mi vào sụn mi; đề nghị người bệnh mở mắt trong mổ để chỉnh độ cao mí hai bên.
- Trợn mi, hở mi do dính sẹo hoặc cố định quá cao: giải phóng dính, hạ vị trí cố định.
- Co rút, lật mi dưới mức độ nhẹ, vừa: giải phóng sẹo dính; làm căng mi dưới bằng khâu cố định góc mắt ngoài; khâu cò mi tạm thời nếu cần.

- Sẹo xấu vùng mi, cung mày: cắt bỏ sẹo, khâu lại theo lớp.
- Trong quá trình phẫu thuật tránh làm tổn thương sụn mi, cơ nâng mi và nhãn cầu; dùng tấm che bảo vệ nhãn cầu khi cần.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ; kiểm tra độ cân xứng hai bên ở tư thế mở mắt, kiểm tra khả năng nhắm kín mắt.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ, tra mỡ kháng sinh, đặt gạc vô trùng, băng vết mổ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho điều dưỡng theo dõi sau phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp.
- Tại chỗ: tình trạng vết mổ, chảy máu, sưng nề, đau nhức mắt, thị lực, khả năng nhắm mắt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ, ngộ độc thuốc tê… Xử trí: ngừng tiêm thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thở oxy, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu: qua vết mổ mí. Xử trí: cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.
- Tổn thương nhãn cầu, giác mạc. Xử trí: tra thuốc, hội chẩn chuyên khoa mắt.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu vết mổ, tụ máu mi. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, cầm máu.
- Tụ máu sau nhãn cầu: đau nhức mắt tăng, mắt lồi căng, giảm thị lực. Xử trí: cấp cứu, mở vết mổ giải áp, chuyển cấp cứu chuyên khoa mắt ngay.
- Phù nề mi mắt, phù nề kết mạc… Xử trí: chườm lạnh, dùng thuốc giảm phù nề, hội chẩn chuyên khoa nếu cần.
- Khô mắt, viêm giác mạc do hở mi. Xử trí: tra nước mắt nhân tạo, mỡ tra mắt ban đêm, khám chuyên khoa mắt.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sụp mi hoặc trợn mi sau phẫu thuật. Xử trí: điều trị giảm phù nề, theo dõi, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương.
- Sụp mi, trợn mi, hở mi, lật mi dưới. Xử trí: theo dõi, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi tồn tại hoặc tái phát: mí lệch hai bên, mất nếp mí, nhiều nếp mí, lõm mi trên… Xử trí: đánh giá lại sau khi sẹo ổn định, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons: The Head and Neck, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1982.

3. McCord CD, Codner MA. Eyelid & Periorbital Surgery. St Louis: Quality Medical Publishing, 2008.

4. Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. Upper and lower lid reconstruction. Plast Reconstr Surg 126:231e-245e, 2010.

5. Levine MI, Leone CR Jr. Bipedicled musculocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 6:119-121, 1990.

6. Della Rocca RC, et al. Eyelid and Periorbital Surgery. 2nd ed. Springer.

7. National Institute for Health and Care Excellence (2016), NG45 Routine preoperative tests for elective surgery.

8. Gibb AM, Patel BC. Blepharoplasty, Upper Eyelid. StatPearls (NCBI Bookshelf).

Mã 431 — PHẪU THUẬT NÂNG MŨI BẰNG SỤN TỰ THÂN (SỤN VÀNH TAI)

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 326 "Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 138 "Phẫu thuật tạo hình cánh mũi bằng ghép phức hợp vành tai"; QĐ 3074/QĐ-BYT, Tập 2, quy trình số 9 "Phẫu thuật tạo hình mũi bằng ghép sụn đồng loại"; QĐ 3074/QĐ-BYT, Tập 2, quy trình số 12 "Phẫu thuật tạo hình trụ mũi bằng ghép phức hợp vành tai" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 431 · Phẫu thuật nâng mũi bằng sụn tự thân (sụn vành tai)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật can thiệp vào cấu trúc khung nâng đỡ của mũi, chỉ sử dụng sụn vành tai tự thân (không dùng chất liệu độn nhân tạo) để dựng khung nâng đỡ đầu mũi và nâng nhẹ sống mũi.
- Nguyên lý: Lấy sụn xoăn tai qua đường rạch kín đáo ở vành tai, xử lý, tạo hình sụn thành trụ chống, mảnh ghép đầu mũi, mảnh ghép sống mũi (xếp lớp hoặc cắt nhỏ) rồi đặt vào khoang đã bóc tách ở mũi. Sụn vành tai mềm, cong, khả năng nâng sống mũi cao có giới hạn.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Dựng khung nâng đỡ đầu mũi mới cao hơn
- + Gia tăng sức chống đỡ trụ mũi
- + Nâng nhẹ sống mũi
- + Tạo hình dáng mũi mới cân đối với khuôn mặt, tránh dùng chất liệu nhân tạo

2. CHỈ ĐỊNH

- Đầu mũi thấp, ngắn; sống mũi thấp mức độ nhẹ
- Người bệnh muốn tránh dùng chất liệu nhân tạo hoặc có tiền sử biến chứng với chất liệu nhân tạo
- Tạo hình lại mũi sau khi đã lấy bỏ chất liệu độn, tình trạng tại chỗ đã ổn định

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Viêm, nhiễm trùng vùng mũi hoặc vùng vành tai
- Bệnh lý, dị dạng hoặc phẫu thuật cũ vành tai làm không còn đủ sụn để lấy
- Người bệnh dưới 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng lân cận

- Sống mũi cần nâng cao nhiều: sụn vành tai có thể không đủ, cần tư vấn phương pháp khác
- Da mũi mỏng: dễ lộ bờ mảnh sụn ghép
- Lấy sụn cần giữ nguyên gờ đối luân và trụ gờ luân để không biến dạng vành tai
- Cộng dồn liều thuốc tê dùng cho cả vùng tai và vùng mũi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát khuẩn
- Dung dịch natri clorid 0,9% để bảo quản sụn và bơm rửa
- Kháng sinh dự phòng: cefazolin 2 g tiêm tĩnh mạch (người > 120 kg: 3 g), một liều trong vòng 60 phút trước rạch da; dị ứng beta-lactam: clindamycin 900 mg tĩnh mạch; sụn sau khi lấy giữ trong gạc thấm dung dịch natri clorid 0,9% vô khuẩn đến khi ghép
- Thuốc giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu 5-0 (niêm mạc, khâu cố định sụn), chỉ PDS 5-0 hoặc nylon 5-0 khâu ghép sụn, chỉ không tiêu 6-0 khâu da trụ mũi, 5-0 khâu da vành tai
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng ép vành tai
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Nẹp mũi
- Vật liệu cầm máu mũi (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi

- Bộ dụng cụ lấy sụn vành tai
- Bộ dụng cụ xử lý sụn (ép sụn, cắt xẻ sụn, thớt)
- Dao điện lưỡng cực
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng, tiền sử phẫu thuật mũi trước đây.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi trán, góc mũi môi, độ vững trụ mũi, độ dày da mũi.
- Khám vị trí lấy sụn: hình dáng, kích thước hõm xoăn tai hai bên, sẹo mổ cũ, dự kiến bên lấy sụn.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, vị trí lấy sụn, giới hạn về độ cao sống mũi có thể đạt được, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút (2 – 3 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật, đúng bên vành tai lấy sụn...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ vùng vành tai và vùng mũi (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Thiết kế vùng đặt sụn trên sống mũi, đầu mũi; vẽ vùng sụn xoăn tai cần lấy.

6.2. Bước 2: Lấy sụn vành tai:

- Sát khuẩn, gây tê tại chỗ mặt trước và mặt sau vành tai.
- Rạch da mặt sau vành tai (hoặc mặt trước sát bờ hõm xoăn), bóc tách trên màng sụn.

- Rạch sụn theo đường vẽ, bóc mặt đối diện, lấy mảnh sụn xoăn tai; giữ nguyên gờ đối luân và trụ gờ luân.
- Cầm máu kỹ, khâu da, băng ép hoặc khâu ép xuyên vùng lấy sụn để phòng tụ máu.
- Bảo quản sụn trong gạc thấm dung dịch natri clorid 0,9% vô khuẩn.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn, gây tê tại chỗ vùng mũi; hút ngược trước khi bơm thuốc. Đường rạch trong niêm mạc hốc mũi hoặc đường rạch trụ mũi đi sang bờ cánh mũi hai bên.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ sụn cánh mũi lớn; tạo khoang đặt sụn ở sống mũi đúng đường giữa, vừa với mảnh ghép. Cầm máu kỹ.

6.5. Bước 5: Xử lý, đẽo gọt sụn tự thân theo nhu cầu tạo hình: trụ chống trụ mũi, mảnh ghép đầu mũi, mảnh ghép sống mũi (xếp lớp, khâu ghép hoặc cắt nhỏ) (thường dùng: trụ chống trụ mũi và mảnh ghép đầu mũi từ sụn xoăn tai; sụn cắt nhỏ hoặc xếp lớp cho sống mũi).

6.6. Bước 6: Đặt và cố định sụn: khâu trụ chống vào trụ trong sụn cánh mũi, khâu định hình sụn cánh mũi, cố định mảnh ghép đầu mũi; đặt mảnh ghép sống mũi vào khoang. Kiểm tra độ cân đối, độ căng da.

6.7. Bước 7: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu da trụ mũi bằng chỉ không tiêu. Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp. Đặt vật liệu cầm máu hai bên mũi nếu cần.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (ghi rõ vùng mũi và vùng lấy sụn), lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO2.
- Theo dõi chảy máu vùng mũi, màu sắc da đầu mũi.
- Theo dõi vùng lấy sụn: đau, sưng, tụ máu, tình trạng băng ép.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà, hẹn tháo băng ép tai, tháo nẹp, cắt chỉ, tái khám: tháo băng ép tai sau 5 – 7 ngày; tháo nẹp, cắt chỉ sau 7 ngày; tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.

- Chảy máu qua vết mổ mũi. Xử trí: cầm máu, nhét meche thấm thuốc co mạch, đặt vật liệu cầm máu mũi.
- Chảy máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí: cầm máu, băng ép sau mổ.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, lấy bỏ mảnh sụn hoại tử nếu cần.
- Tụ máu tại vị trí lấy sụn. Xử trí: chọc hút hoặc mở dẫn lưu, băng ép lại sớm.
- Viêm, áp xe sụn vành tai: vành tai sưng tấy, viêm đỏ, đau nhiều, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, chích rạch dẫn lưu áp xe nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ; chuyển viện nếu không đáp ứng.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp. Xử trí: nắn chỉnh và đặt lại nẹp.
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Tiêu sụn, cong vênh, lộ bờ mảnh ghép, lệch mảnh ghép. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa sau khi tình trạng tại chỗ ổn định.
- Biến dạng vành tai vùng lấy sụn. Xử trí: chỉnh hình nếu ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3074/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 2".

3. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

4. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

5. Menick FJ. Nasal Reconstruction: Art and Practice. Saunders, 2009.

6. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

7. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

8. UCLA Health Antimicrobial Stewardship Program (2025), Perioperative antimicrobial prophylaxis recommendations (theo Bratzler DW và cs., ASHP/IDSA/SIS/SHEA 2013).

Mã 435 — PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ NÂNG MŨI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 326 "Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 327 "Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 435 · Phẫu thuật chỉnh sửa các biến chứng sau mổ nâng mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Là phẫu thuật xử trí các biến chứng, di chứng sau phẫu thuật nâng mũi trước đó như lệch, di lệch chất độn, lộ bờ chất độn, da đầu mũi mỏng đỏ dọa thủng, bao xơ co kéo, mũi ngắn hếch, tiêu hoặc cong vênh sụn ghép.
- Nguyên lý: Bộc lộ lại cấu trúc mũi qua đường mổ cũ; tháo bỏ, điều chỉnh hoặc thay chất độn; xử lý bao xơ; dựng lại khung nâng đỡ mũi bằng sụn tự thân và/hoặc chất độn mới phù hợp; che phủ đầu mũi bằng mô tự thân.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Loại bỏ nguyên nhân gây biến chứng
- + Phục hồi hình dáng mũi cân đối, thẳng trục
- + Tăng độ che phủ, giảm nguy cơ lộ, thủng da đầu mũi
- + Bảo tồn chức năng thở của mũi

2. CHỈ ĐỊNH

- Lệch, vẹo, di lệch chất độn sống mũi, trụ mũi
- Lộ bờ chất độn, da sống mũi hoặc đầu mũi mỏng, đỏ, dọa thủng
- Bao xơ co kéo gây mũi ngắn, hếch, biến dạng
- Tiêu sụn, cong vênh, lộ hình mảnh sụn ghép
- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi sau nâng mũi (quá cao, quá thấp, mất cân đối)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần
- Nhiễm trùng cấp đang tiến triển vùng mũi: xử trí nhiễm trùng, lấy bỏ chất liệu độn trước, tạo hình lại thì sau
- Người bệnh dưới 18 tuổi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng lân cận
- Da mũi mỏng, sẹo dính, xơ hóa nhiều sau nhiều lần mổ: nguy cơ thiểu dưỡng, hoại tử da

- Thời điểm mổ lại: chờ mô mềm ổn định sau lần mổ trước (tối thiểu 12 tháng sau lần mổ trước; mổ sớm khi lộ, nhiễm trùng chất độn, lệch chất độn rõ)
- Mũi đã tiêm chất làm đầy hoặc chất liệu không rõ nguồn gốc
- Trường hợp cần sụn sườn, cần gây mê hoặc vượt khả năng của phòng khám: chuyển cơ sở có đủ điều kiện
- Cộng dồn liều thuốc tê khi lấy thêm sụn vành tai

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ có thành phần co mạch (lidocain 1% hoặc 2% có adrenalin 1/100.000 – 1/200.000; liều tối đa 7 mg/kg, tổng liều mỗi ca không quá 500 mg (theo bảng liều thuốc tê đã cài trên web app))
- Dung dịch sát khuẩn
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kháng sinh dự phòng: cefazolin 2 g tĩnh mạch trước rạch da (dị ứng beta-lactam: clindamycin 900 mg); bơm rửa khoang bóc tách bằng dung dịch natri clorid 0,9%; có nhiễm trùng: kháng sinh điều trị theo kháng sinh đồ
- Thuốc giảm đau
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính cố định mũi, băng dính cá nhân
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu, chỉ không tiêu đơn sợi các cỡ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc dẫn lưu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Các chất độn mũi nhân tạo (nếu dự kiến đặt lại)
- Nẹp mũi
- Vật liệu cầm máu mũi (merocel…)
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi

- Bộ dụng cụ lấy sụn vành tai, bộ dụng cụ xử lý sụn
- Ống nghiệm lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn
- Dao điện lưỡng cực
- Monitor theo dõi người bệnh, nguồn oxy, bộ dụng cụ cấp cứu

5.4. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật, tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng.
- Khai thác tiền sử phẫu thuật mũi: số lần mổ, thời điểm, loại chất độn, sụn đã dùng, tiêm chất làm đầy, biến chứng đã gặp.
- Khám tại chỗ: đánh giá trục sống mũi, vị trí chất độn, độ dày và màu sắc da sống mũi, đầu mũi, độ di động, co kéo của bao xơ, độ vững trụ mũi, vách mũi, chức năng thở mũi.
- Khám vị trí lấy sụn vành tai nếu dự kiến dùng sụn tự thân.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy theo chỉ định của bác sĩ; siêu âm vùng mũi nếu cần.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật về phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ, khả năng phải tháo bỏ chất độn và tạo hình lại thì sau, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, kế hoạch chăm sóc, điều trị sau mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại khoa
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 240 phút (2 – 4 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật của phòng khám.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ (phòng khám không gây mê).

6.1. Bước 1: Thiết kế: đánh dấu đường giữa, vị trí chất độn hiện tại, vùng biến dạng và hình dáng mũi dự kiến.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải săng. Gây tê tại chỗ vùng mũi; hút ngược trước khi bơm thuốc.

6.3. Bước 3: Rạch theo đường mổ cũ trong niêm mạc hốc mũi hoặc đường trụ mũi đi sang bờ cánh mũi hai bên.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ chất độn và bao xơ, tránh làm mỏng thêm da sống mũi, đầu mũi.

6.5. Bước 5: Xử lý chất độn và bao xơ theo biến chứng:

- Tháo bỏ chất độn bị lệch, di lệch, lộ hoặc không phù hợp; kiểm tra chất độn lấy ra còn nguyên vẹn.
- Cắt bỏ hoặc rạch giải phóng bao xơ co kéo; giữ lại phần bao xơ có ích cho che phủ.
- Có dịch bất thường: lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn.
- Bơm rửa khoang bằng dung dịch đã chuẩn bị, cầm máu kỹ.

6.6. Bước 6: Tạo hình lại:

- Dựng lại khung đầu mũi, trụ mũi bằng sụn tự thân (lấy sụn vành tai theo quy trình nâng mũi bằng sụn tự thân).
- Đặt lại chất độn mới phù hợp nếu có chỉ định, tạo khoang mới đúng đường giữa, vừa với chất độn.
- Che phủ đầu mũi bằng sụn hoặc mô tự thân nơi da mỏng.
- Trường hợp có nhiễm trùng, thủng da hoặc da quá mỏng: không đặt lại chất độn cùng thì, hẹn tạo hình lại thì sau.

6.7. Bước 7: Khâu đóng niêm mạc bằng chỉ tự tiêu, khâu da trụ mũi bằng chỉ không tiêu. Nẹp cố định mũi bằng băng dính và nẹp. Đặt vật liệu cầm máu hai bên mũi nếu cần.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (ghi rõ chất độn đã tháo, chất độn mới và số lô nếu có), lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO2.
- Theo dõi chảy máu, màu sắc da sống mũi và đầu mũi.

- Theo dõi kết quả cấy vi khuẩn (nếu có) để điều chỉnh kháng sinh.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà, hẹn tháo nẹp, cắt chỉ, tái khám: tháo nẹp, cắt chỉ sau 7 ngày; tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, ngộ độc thuốc tê, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng tiêm, chống sốc theo phác đồ, thuốc chống dị ứng; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu qua vết mổ mũi. Xử trí: cầm máu, nhét meche thấm thuốc co mạch, đặt vật liệu cầm máu mũi.
- Rách, thủng da sống mũi hoặc đầu mũi khi bóc tách. Xử trí: khâu phục hồi, không đặt chất độn dưới vùng tổn thương.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ, tháo chất độn nếu cần.
- Thiểu dưỡng, hoại tử da đầu mũi. Xử trí: giảm căng (tháo bớt chất độn nếu cần), chăm sóc tại chỗ, cắt lọc, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo; chuyển cơ sở có đủ điều kiện nếu vượt khả năng.
- Lệch sống mũi sớm sau tháo nẹp. Xử trí: nắn chỉnh và đặt lại nẹp.
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, kháng sinh toàn thân, nếu cần thì khâu lại.

7.4. Biến chứng muộn

- Tái phát lệch, lộ chất độn. Xử trí: tháo bỏ chất độn, tạo hình lại sống mũi cùng thì hoặc thì sau.
- Bao xơ co kéo, mũi ngắn hếch tái phát. Xử trí: bóc bao xơ, kéo dài mũi bằng sụn tự thân.
- Tiêu sụn, cong vênh sụn ghép. Xử trí: phẫu thuật chỉnh sửa, ghép sụn bổ sung.
- Sẹo lồi, quá phát: xử lý tùy theo tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan PC. Plastic Surgery Volume 1, Principles, Elsevier Saunders 2013.

4. FC Wei, SM Mardini (2017), "Flap and reconstructive surgery, 2e", Elsevier Inc.

5. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

6. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

7. UCLA Health Antimicrobial Stewardship Program (2025), Perioperative antimicrobial prophylaxis recommendations (theo Bratzler DW và cs., ASHP/IDSA/SIS/SHEA 2013).

8. Revision rhinoplasty: chờ khoảng 12 tháng để mô mềm ổn định (Acıbadem, dẫn Mayo Clinic).

Mã 441 — PHẪU THUẬT CĂNG DA MẶT BÁN PHẦN

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 199 "Phẫu thuật treo cung mày"; số 324 "Treo cung mày bằng chỉ" (Tập 1 và Tập 2 không có quy trình căng da mặt; nội dung chuyên môn lấy từ bản nháp quy trình kỹ thuật phần 2 của phòng khám) — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 441 · Phẫu thuật căng da mặt bán phần

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Căng da mặt bán phần (căng da vùng 1/3 giữa – dưới mặt) là phẫu thuật qua đường rạch ngắn trước tai, bóc tách da vùng má, xử lý lớp cân cơ nông vùng mặt (SMAS) bằng khâu gấp, khâu treo hoặc cắt bỏ một phần, kéo da theo hướng phù hợp và cắt bỏ phần da thừa, nhằm cải thiện tình trạng chảy xệ vùng má, rãnh mũi má và đường viền hàm.
- Nguyên lý: nâng lớp SMAS và da đã sa trễ ngược hướng chảy xệ, cố định vào các cấu trúc chắc vùng trước tai; cắt bỏ da thừa và khâu da không căng. Lực nâng đỡ chủ yếu đặt ở lớp SMAS, không đặt ở da.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Cải thiện chảy xệ vùng má, đường viền hàm
- + Làm giảm độ sâu rãnh mũi má do sa trễ mô mềm
- + Trẻ hóa khuôn mặt, đáp ứng nhu cầu thẩm mỹ của người bệnh

2. CHỈ ĐỊNH

- Da chùng nhão mức độ nhẹ đến vừa vùng má, đường viền hàm, rãnh mũi má.
- Người bệnh không muốn hoặc không phù hợp với phẫu thuật căng da mặt toàn phần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Tăng huyết áp, đái tháo đường chưa được kiểm soát.
- Rối loạn đông máu; đang dùng thuốc chống đông, kháng tiểu cầu chưa được ngưng theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa.
- Hút thuốc lá không ngưng được trong thời gian trước và sau mổ theo hướng dẫn của bác sĩ.
- Viêm nhiễm vùng mặt.
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế.
- Các trường hợp vượt quá phạm vi gây tê tại chỗ của phòng khám: da chùng nhão mức độ nặng vùng mặt – cổ cần căng da mặt – cổ toàn phần, cần bóc tách rộng; không thực hiện tại phòng khám, giới thiệu cơ sở có đủ điều kiện.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử sẹo lồi, sẹo quá phát.
- Người bệnh đã căng da mặt, căng chỉ, tiêm chất làm đầy vùng mặt trước đó.
- Người bệnh có bệnh lý mô liên kết.
- Người bệnh đang dùng thuốc, thực phẩm chức năng làm tăng chảy máu.
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người (bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ)
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng theo dõi người bệnh)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch natri clorid 0,9% (pha dung dịch tê tiêm thấm)
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Thuốc và dịch truyền trong hộp chống sốc phản vệ, tủ thuốc cấp cứu

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần, kim tiêm thấm
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Chỉ khâu treo SMAS (không tiêu hoặc tiêu chậm: PDS 3-0 hoặc nylon 3-0, 4-0); chỉ khâu da 5-0, 6-0
- Ống dẫn lưu nhỏ (nếu dùng)
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Băng ép vùng mặt
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, kéo bóc tách căng da, banh có đèn (nếu có)

- Dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO2; nguồn oxy
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử can thiệp thẩm mỹ vùng mặt, hút thuốc lá, thuốc đang dùng, các chỉ số sinh tồn; đo huyết áp.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ chùng da, sa trễ mô mềm vùng má, đường viền hàm, rãnh mũi má; chất lượng da; sẹo cũ; đường chân tóc vùng thái dương, trước tai; vận động các nhánh thần kinh mặt.
- Xét nghiệm trước phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ: theo NICE NG45, người khỏe mạnh (ASA 1) không cần xét nghiệm thường quy; người có bệnh nền (ASA 2 trở lên): cân nhắc điện tim khi có bệnh tim mạch, thận, đái tháo đường; chức năng thận khi có nguy cơ tổn thương thận cấp; HbA1c ở người đái tháo đường chưa xét nghiệm trong 3 tháng; đông máu khi dùng thuốc chống đông hoặc có tiền sử chảy máu. Bác sĩ chỉ định thêm công thức máu và xét nghiệm khác khi có lý do lâm sàng.
- Ngưng hút thuốc lá, thuốc lá điện tử và sản phẩm chứa nicotin 4 – 8 tuần trước mổ và ít nhất 4 tuần sau mổ; ngưng thuốc làm tăng chảy máu theo hướng dẫn của bác sĩ (thuốc do chuyên khoa khác chỉ định thì hỏi ý kiến bác sĩ điều trị, không tự ngưng).
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, vị trí sẹo, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp (tụ máu, tổn thương nhánh thần kinh mặt, sẹo xấu…) do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: gội đầu sạch hôm mổ, buộc gọn tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại trú theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 120 – 180 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí, đúng bên phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện bên mổ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng tiêm thấm dung dịch lidocain có adrenalin pha loãng vào vùng bóc tách; nồng độ và tổng liều theo bảng liều của phòng khám (lidocain có adrenalin tối đa 7 mg/kg, không quá 500 mg), ghi tổng liều đã dùng vào phiếu phẫu thuật. Phòng khám không gây mê.

6.1. Bước 1: Thiết kế (người bệnh ngồi): vẽ đường rạch trước tai (có thể vòng quanh dái tai), giới hạn vùng bóc tách, hướng kéo da và SMAS.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải toan; gây tê tiêm thấm vùng bóc tách, chờ thuốc co mạch có tác dụng.

6.3. Bước 3: Rạch da theo thiết kế; bóc tách dưới da trong giới hạn đã vẽ, giữ độ dày vạt da đều.

6.4. Bước 4: Xử lý lớp SMAS: khâu gấp, khâu treo hoặc cắt bỏ một phần SMAS theo kế hoạch; cố định vào các cấu trúc chắc vùng trước tai. Thận trọng tại vùng đi qua của các nhánh thần kinh mặt.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ; đặt dẫn lưu nếu cần.

6.6. Bước 6: Kéo da theo hướng đã định, cắt bỏ da thừa, khâu dưới da và da không căng; tạo lại chân dái tai tự nhiên.

6.7. Bước 7: Thực hiện tương tự bên đối diện; kiểm tra độ cân xứng hai bên. Băng ép nhẹ vùng mặt.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho điều dưỡng theo dõi sau phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp; kiểm soát huyết áp và đau (tăng huyết áp làm tăng nguy cơ tụ máu).
- Tại chỗ: chảy máu, dịch dẫn lưu, sưng nề không cân xứng, đau tăng một bên, màu sắc vạt da.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ, ngộ độc thuốc tê… Xử trí: ngừng tiêm thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thở oxy, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu. Xử trí: cầm máu, đốt điện, khâu cầm máu.

- Tổn thương nhánh thần kinh mặt. Xử trí: ghi nhận vị trí, hội chẩn chuyên khoa.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tụ máu (thường gặp nhất trong 24 giờ đầu): sưng căng, đau tăng một bên. Xử trí: mở vết mổ, lấy máu tụ, cầm máu; tụ máu lớn hoặc chảy máu không kiểm soát thì chuyển viện.
- Tụ dịch. Xử trí: chọc hút, băng ép.
- Hoại tử mép da (thường ở vạt sau tai, người hút thuốc lá). Xử trí: chăm sóc tại chỗ, cắt lọc khi giới hạn rõ.
- Yếu, liệt nhánh thần kinh mặt. Xử trí: theo dõi; trường hợp do thuốc tê, phù nề thường hồi phục; kéo dài thì hội chẩn chuyên khoa.
- Tê bì vùng má, dái tai. Xử trí: theo dõi, giải thích cho người bệnh.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở dẫn lưu nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, sẹo giãn. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương.
- Biến dạng dái tai, thay đổi đường chân tóc vùng thái dương, rụng tóc quanh sẹo. Xử trí: chỉnh sửa thì hai khi sẹo ổn định.
- Chùng da tái phát, mất cân xứng hai bên. Xử trí: đánh giá lại, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plast Reconstr Surg 58:80-88, 1976.

5. Baker DC. Lateral SMASectomy. Plast Reconstr Surg 100:509-513, 1997.

6. Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S, et al. Minimal access cranial suspension lift: a modified S-lift. Plast Reconstr Surg 109:2074-2086, 2002.

7. Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. Anatomical variations and pitfalls. Plast Reconstr Surg 64:781-795, 1979.

8. National Institute for Health and Care Excellence (2016), NG45 Routine preoperative tests for elective surgery.

9. American Society of Plastic Surgeons (2024), Managing the Risks of Smoking in Plastic Surgery Patients.

10. Bảng liều thuốc tê của phòng khám (lidocain có adrenalin 7 mg/kg, tối đa 500 mg) — cấu hình web app hosobenhan.khanhhang.com.

Mã 447 — PHẪU THUẬT CĂNG DA TRÁN THÁI DƯƠNG

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 199 "Phẫu thuật treo cung mày"; số 324 "Treo cung mày bằng chỉ" (nội dung chuyên môn lấy thêm từ bản nháp quy trình kỹ thuật phần 2 của phòng khám) — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 447 · Phẫu thuật căng da trán thái dương

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Căng da trán thái dương là phẫu thuật nâng vùng thái dương, đuôi cung mày và/hoặc vùng trán qua đường rạch trong chân tóc thái dương (có thể kết hợp đường rạch trước hoặc trong chân tóc trán), bóc tách ở mặt phẳng phù hợp, kéo và cố định vạt lên cao, cắt bỏ phần da đầu thừa.
- Nguyên lý: bóc tách vùng thái dương ở lớp trên cân thái dương sâu (mặt phẳng nằm dưới nhánh trán của thần kinh mặt), giải phóng các dây chằng vùng thái dương – ổ mắt, kéo vạt lên trên – ra sau và cố định vào cân thái dương sâu; với vùng trán, nâng da trán và cung mày, cắt bỏ da thừa. Nâng đuôi cung mày làm giảm chùng da phần ngoài mi trên.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Nâng đuôi cung mày, cải thiện chùng da vùng thái dương và phần ngoài mi trên
- + Cải thiện nếp nhăn ngang trán do chùng da
- + Trẻ hóa vùng mặt trên

2. CHỈ ĐỊNH

- Sa trễ đuôi cung mày một hoặc hai bên, chùng da vùng thái dương gây sụp mi giả ở phần ngoài.
- Chùng da vùng trán, nếp nhăn ngang trán do chùng da (có thể phối hợp tiêm botulinum là kỹ thuật riêng).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Tăng huyết áp, đái tháo đường chưa được kiểm soát; rối loạn đông máu; đang dùng thuốc chống đông, kháng tiểu cầu chưa được ngưng theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa.
- Viêm nhiễm vùng da đầu, vùng trán, cung mày.
- Rụng tóc nhiều vùng thái dương (sẹo dễ lộ).
- Khô mắt nặng, hở mi (khi có kết hợp nâng cung mày).
- Các trường hợp vượt quá phạm vi gây tê tại chỗ của phòng khám: căng da trán qua đường rạch vành toàn bộ hoặc cần bóc tách rộng; phẫu thuật nội soi (phòng khám chưa có trang bị nội soi); không thực hiện tại phòng khám, giới thiệu cơ sở có đủ điều kiện.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý yếu liệt cơ trán một hoặc hai bên.
- Đường chân tóc trán cao (cân nhắc đường rạch trước chân tóc).
- Người bệnh đã phẫu thuật mi trên (nguy cơ hở mi khi nâng cung mày).
- Người bệnh mới tiêm botulinum vùng trán (ảnh hưởng đánh giá vị trí cung mày).
- Hút thuốc lá; tiền sử sẹo lồi.
- Viêm nhiễm da vùng lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người (bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ)
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng theo dõi người bệnh)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Thuốc và dịch truyền trong hộp chống sốc phản vệ, tủ thuốc cấp cứu

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi
- Chỉ không tiêu đơn sợi; chỉ khâu cố định (không tiêu hoặc tiêu chậm)
- Dụng cụ bấm da đầu (nếu dùng)
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Băng chun đầu
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, dụng cụ bóc tách đầu tù
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực

- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO2; nguồn oxy
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), tiền sử phẫu thuật mí, cung mày, can thiệp thẩm mỹ vùng trán trước đây, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: vị trí và hình dáng cung mày hai bên, mức độ chùng da trán, thái dương, mi trên; đường chân tóc, mật độ tóc vùng thái dương; vận động cơ trán; khả năng nhắm kín mắt.
- Khám mắt nếu có chỉ định.
- Xét nghiệm trước phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ: theo NICE NG45, người khỏe mạnh (ASA 1) không cần xét nghiệm thường quy; người có bệnh nền (ASA 2 trở lên): cân nhắc điện tim khi có bệnh tim mạch, thận, đái tháo đường; chức năng thận khi có nguy cơ tổn thương thận cấp; HbA1c ở người đái tháo đường chưa xét nghiệm trong 3 tháng; đông máu khi dùng thuốc chống đông hoặc có tiền sử chảy máu. Bác sĩ chỉ định thêm công thức máu và xét nghiệm khác khi có lý do lâm sàng.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng chung, khả năng điều trị phẫu thuật và các bước tiến hành dự kiến, vị trí sẹo, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp (tê da đầu, rụng tóc quanh sẹo, tổn thương nhánh trán thần kinh mặt…) do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: gội đầu bằng dung dịch sát khuẩn hôm mổ; chải, buộc tóc theo đường rạch, hạn chế cạo tóc.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại trú theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 90 – 120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí, đúng bên phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ: gây tê thần kinh trên ổ mắt, trên ròng rọc (khi bóc tách vùng trán) và tiêm thấm vùng thái dương bằng lidocain có adrenalin; liều tối đa theo bảng liều của phòng khám, ghi tổng liều đã dùng vào phiếu phẫu thuật. Phòng khám không gây mê.

6.1. Bước 1: Thiết kế (người bệnh ngồi): vẽ đường rạch trong chân tóc thái dương (và đường rạch vùng trán nếu có), hướng kéo, vị trí cung mày mong muốn; so sánh hai bên.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải toan; gây tê tại chỗ, chờ thuốc co mạch có tác dụng.

6.3. Bước 3: Rạch da song song chiều nang tóc; bóc tách vùng thái dương trên cân thái dương sâu; giải phóng các dây chằng vùng thái dương – ổ mắt theo kế hoạch. Với vùng trán: bóc tách theo lớp đã định, bảo tồn bó mạch thần kinh trên ổ mắt, trên ròng rọc.

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ; thận trọng khi đốt điện các tĩnh mạch vùng thái dương gần đường đi của nhánh trán thần kinh mặt.

6.5. Bước 5: Kéo vạt lên trên – ra sau, cố định vào cân thái dương sâu bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm; cắt bỏ da đầu thừa.

6.6. Bước 6: Khâu hoặc bấm da; kiểm tra cân xứng cung mày hai bên; băng chun đầu nhẹ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho điều dưỡng theo dõi sau phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp.
- Tại chỗ: chảy máu, sưng nề, đau, bầm tím (có thể lan xuống vùng mi mắt trong vài ngày đầu), khả năng nhắm mắt.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ, ngộ độc thuốc tê… Xử trí: ngừng tiêm thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thở oxy, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu. Xử trí: cầm máu, băng ép, đốt điện hoặc khâu lại nếu cần.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu, tụ máu. Xử trí: băng ép cầm máu hoặc mở kiểm tra, lấy máu tụ, cầm máu.
- Phù nề, bầm tím vùng trán, mi mắt. Xử trí: chườm lạnh, kê cao đầu, dùng thuốc giảm phù nề.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Yếu nhánh trán thần kinh mặt (không nhướng được cung mày một bên). Xử trí: theo dõi, hội chẩn chuyên khoa nếu không cải thiện sau 6 tháng (đánh giá lại định kỳ mỗi tháng trong thời gian theo dõi).
- Tê da đầu, ngứa. Xử trí: theo dõi, giải thích cho người bệnh.
- Hở mi. Xử trí: tra nước mắt nhân tạo, mỡ tra mắt, khám chuyên khoa mắt; phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, sẹo giãn; rụng tóc quanh sẹo. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương, chỉnh sửa sẹo thì hai.
- Các kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: cung mày hai bên không đều, cung mày nâng quá cao, sa trễ tái phát, thay đổi đường chân tóc. Xử trí: đánh giá lại khi hết phù nề, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

5. Frank, H., & Netter, M. D. (2019). Atlas of human anatomy. Elsevier Inc.

6. Knize DM. Anatomic concepts for brow lift procedures. Plast Reconstr Surg. 2009;124(6):2118-2126.

7. Knize DM. Limited incision foreheadplasty. Plast Reconstr Surg. 1999;103(1):271-284.

8. National Institute for Health and Care Excellence (2016), NG45 Routine preoperative tests for elective surgery.

9. AO Foundation Surgery Reference — Facial nerve: reversible paralysis, observation (nhánh thái dương: đánh giá lại sau 6 tháng).

Mã 449 — PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ CĂNG DA MẶT

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 199 "Phẫu thuật treo cung mày"; số 324 "Treo cung mày bằng chỉ"; số 88 "Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (trên 3 cm)" (Tập 1 và Tập 2 không có quy trình căng da mặt; nội dung chuyên môn lấy thêm từ bản nháp quy trình kỹ thuật phần 2 của phòng khám, mục căng da mặt) — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 449 · Phẫu thuật chỉnh sửa các biến chứng sau mổ căng da mặt

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Phẫu thuật chỉnh sửa các biến chứng sau mổ căng da mặt là phẫu thuật can thiệp lại vùng mặt ở người bệnh đã được phẫu thuật căng da mặt nhằm xử trí các biến chứng sớm (tụ máu, tụ dịch) và khắc phục các biến chứng muộn, kết quả thẩm mỹ không như mong đợi (sẹo xấu, sẹo giãn, biến dạng dái tai, chùng da tái phát, mất cân xứng hai bên).
- Nguyên lý: lấy bỏ máu tụ, dịch tụ và cầm máu; cắt bỏ sẹo xấu, khâu lại theo lớp không căng, chuyển lực căng xuống lớp dưới da và lớp cân cơ nông (SMAS); giải phóng và tạo lại chân dái tai; bóc tách lại, khâu treo lại SMAS và cắt bỏ da thừa khi chùng da tái phát.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Xử trí biến chứng sớm, hạn chế hoại tử da, nhiễm trùng
- + Cải thiện sẹo, hình dáng dái tai
- + Cải thiện độ cân xứng và kết quả thẩm mỹ của khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Tụ máu, tụ dịch sau mổ căng da mặt.
- Sẹo xấu, sẹo giãn, sẹo quá phát vùng trước tai, sau tai, chân tóc không đáp ứng điều trị nội khoa.
- Biến dạng dái tai (dái tai bị kéo dính xuống dưới), sẹo đặt sai vị trí.
- Còn da thừa, chùng da tái phát, mất cân xứng hai bên sau mổ căng da mặt.
- Sẹo sau hoại tử mép da đã ổn định.
- Thời điểm chỉnh sửa biến chứng muộn: sau khi hết phù nề và sẹo ổn định, tối thiểu 6 – 12 tháng sau lần phẫu thuật trước.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần.
- Tăng huyết áp, đái tháo đường chưa được kiểm soát; rối loạn đông máu; đang dùng thuốc chống đông, kháng tiểu cầu chưa được ngưng theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa

(trừ xử trí tụ máu cấp).

- Viêm nhiễm vùng mặt (trừ dẫn lưu ổ nhiễm trùng).
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế.
- Các trường hợp vượt quá phạm vi gây tê tại chỗ của phòng khám, chuyển cơ sở có đủ điều kiện:
- + Chảy máu không kiểm soát được, tụ máu lớn kèm rối loạn huyết động
- + Liệt thần kinh mặt kéo dài cần phẫu thuật thần kinh
- + Hoại tử da diện rộng cần ghép da, chuyển vạt lớn
- + Nhiễm trùng lan rộng

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử sẹo lồi, sẹo quá phát.
- Hút thuốc lá.
- Người bệnh đã phẫu thuật vùng mặt nhiều lần: xơ dính, mặt phẳng giải phẫu thay đổi, tăng nguy cơ tổn thương nhánh thần kinh mặt.
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người (bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ)
- Điều dưỡng: 2 người (1 điều dưỡng phụ dụng cụ, 1 điều dưỡng theo dõi người bệnh)

5.2. Thuốc

- Thuốc tê lidocain
- Thuốc co mạch adrenalin
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Thuốc và dịch truyền trong hộp chống sốc phản vệ, tủ thuốc cấp cứu

5.3. Thiết bị y tế

- Băng dính y tế, băng dính cá nhân…
- Bơm tiêm: 1ml, 5ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml
- Kim tiêm dùng 1 lần, kim tiêm thấm
- Lưỡi dao mổ vô trùng các cỡ
- Chỉ tiêu đa sợi, đơn sợi

- Chỉ không tiêu đơn sợi
- Ống dẫn lưu nhỏ
- Các loại gạc: gạc phẫu thuật, gạc băng vết mổ…
- Băng ép vùng mặt
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang phẫu thuật, mũ phẫu thuật
- Tấm trải nilon
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Máy theo dõi mạch, huyết áp, SpO2; nguồn oxy
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng phẫu thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: cân nặng, chiều cao, tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), các chỉ số sinh tồn; đo huyết áp.
- Khai thác tiền sử phẫu thuật căng da mặt trước đây: thời gian, phương pháp, nơi thực hiện, số lần phẫu thuật.
- Khám tại chỗ: loại và mức độ biến chứng (tụ máu, tụ dịch, sẹo, dái tai, chùng da, mất cân xứng); tình trạng vạt da; vận động các nhánh thần kinh mặt.
- Xét nghiệm trước phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ: theo NICE NG45, người khỏe mạnh (ASA 1) không cần xét nghiệm thường quy; người có bệnh nền (ASA 2 trở lên): cân nhắc điện tim khi có bệnh tim mạch, thận, đái tháo đường; chức năng thận khi có nguy cơ tổn thương thận cấp; HbA1c ở người đái tháo đường chưa xét nghiệm trong 3 tháng; đông máu khi dùng thuốc chống đông hoặc có tiền sử chảy máu. Bác sĩ chỉ định thêm công thức máu và xét nghiệm khác khi có lý do lâm sàng.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng biến chứng, khả năng cải thiện và giới hạn của phẫu thuật chỉnh sửa, các bước tiến hành dự kiến, các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thuốc hoặc do cơ địa người bệnh.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật: gội đầu sạch, buộc gọn tóc, vệ sinh vùng mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án ngoại trú theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 – 180 phút, tùy loại biến chứng

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại phẫu thuật, đúng vị trí, đúng bên phẫu thuật…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện bên mổ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng tiêm thấm lidocain có adrenalin; liều tối đa theo bảng liều của phòng khám, ghi tổng liều đã dùng vào phiếu phẫu thuật. Phòng khám không gây mê.

6.1. Bước 1: Đánh giá và thiết kế (người bệnh ngồi nếu không phải xử trí cấp): xác định vùng tụ máu, tụ dịch; vẽ phần sẹo cần cắt bỏ, phần da thừa, vị trí chân dái tai mới, hướng kéo.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn, trải toan, gây tê tại chỗ.

6.3. Bước 3: Xử lý theo từng loại biến chứng

- Tụ máu, tụ dịch: mở lại một phần vết mổ, lấy hết máu tụ, bơm rửa, tìm và cầm máu điểm chảy; đặt dẫn lưu.
- Sẹo xấu, sẹo giãn: cắt bỏ sẹo, khâu lại theo lớp, khâu treo lớp dưới da để giảm căng cho mép da.
- Biến dạng dái tai: giải phóng dái tai khỏi má, cắt bỏ da thừa, tạo lại chân dái tai, khâu không căng.
- Còn da thừa, chùng da tái phát, mất cân xứng: rạch theo sẹo cũ, bóc tách lại trong giới hạn cần thiết (thận trọng do xơ dính, mặt phẳng giải phẫu thay đổi); khâu treo lại SMAS; kéo da, cắt bỏ da thừa.

6.4. Bước 4: Cầm máu kỹ; kiểm tra độ cân xứng hai bên.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ theo lớp, khâu da không căng; băng ép nhẹ vùng mặt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho điều dưỡng theo dõi sau phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp; kiểm soát huyết áp và đau.
- Tại chỗ: chảy máu, dịch dẫn lưu, sưng nề không cân xứng, đau tăng một bên, màu sắc vạt da.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ, ngộ độc thuốc tê… Xử trí: ngừng tiêm thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thở oxy, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Chảy máu. Xử trí: cầm máu, đốt điện, khâu cầm máu; chảy máu không kiểm soát thì chuyển viện.
- Tổn thương nhánh thần kinh mặt. Xử trí: ghi nhận vị trí, hội chẩn chuyên khoa.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Tụ máu tái phát. Xử trí: mở vết mổ, lấy máu tụ, cầm máu; chuyển viện nếu không kiểm soát được.
- Tụ dịch. Xử trí: chọc hút, băng ép.
- Hoại tử mép da. Xử trí: chăm sóc tại chỗ, cắt lọc khi giới hạn rõ.
- Yếu, liệt nhánh thần kinh mặt. Xử trí: theo dõi; kéo dài thì hội chẩn chuyên khoa.
- Nhiễm trùng: vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở dẫn lưu nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chậm liền vết mổ. Xử trí: thay băng, chăm sóc tại chỗ, nếu cần thì khâu lại thì hai.

7.4. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi, quá phát, sẹo giãn tái phát. Xử trí: xử lý tùy theo tổn thương.
- Biến dạng dái tai, mất cân xứng, chùng da tái phát. Xử trí: đánh giá lại khi sẹo ổn định, phẫu thuật sửa chữa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plast Reconstr Surg 58:80-88, 1976.

5. Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. Anatomical variations and pitfalls. Plast Reconstr Surg 64:781-795, 1979.

6. Grover R, Jones BM, Waterhouse N. The prevention of haematoma following rhytidectomy: a review of 1078 consecutive facelifts. Br J Plast Surg 54:481-486, 2001.

7. National Institute for Health and Care Excellence (2016), NG45 Routine preoperative tests for elective surgery.

Mã 483 — PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẰM BẰNG TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 256 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 257 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy"; tham khảo cũ: QĐ 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018, quy trình số 203 "Phẫu thuật chỉnh hình cằm bằng tiêm chất làm đầy" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 483 · Phẫu thuật chỉnh hình cằm bằng tiêm chất làm đầy

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Cằm lẹm, cằm ngắn, cằm kém nhô là tình trạng thiểu sản mô mềm hoặc xương vùng cằm làm mất cân đối khuôn mặt nhìn nghiêng và nhìn thẳng. Chỉnh hình cằm bằng tiêm chất làm đầy là kỹ thuật tiêm chất làm đầy vào lớp trên màng xương và dưới da vùng cằm nhằm tăng chiều nhô, chiều cao và cải thiện hình dáng cằm mà không cần phẫu thuật đặt vật liệu độn.
- Nguyên lý: Chất làm đầy bù đắp thể tích tại vùng cằm, nâng đỡ mô mềm, tạo đường nét cằm cân đối với khuôn mặt. Quy trình này áp dụng cho chất làm đầy acid hyaluronic (HA) có thể hòa tan bằng hyaluronidase.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Tăng chiều nhô, chiều cao cằm
- + Cải thiện hình dáng cằm, sự cân xứng của cằm
- + Tạo sự hài hòa giữa cằm, môi, mũi và khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Cằm lẹm, cằm ngắn, cằm kém nhô mức độ nhẹ đến trung bình, khớp cắn bình thường
- Cằm mất cân xứng nhẹ do thiếu hụt mô mềm
- Người bệnh trưởng thành có mong muốn điều trị không phẫu thuật và kỳ vọng phù hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của chất làm đầy (HA, lidocain có trong sản phẩm)
- Nhiễm trùng, viêm nhiễm cấp tại vùng cằm, nhiễm trùng răng miệng vùng lân cận
- Cằm đã đặt vật liệu độn, đã tiêm chất làm đầy không rõ loại hoặc silicon lỏng (không tiêm; khám, siêu âm vùng cằm và tư vấn phương án phẫu thuật)
- Rối loạn khớp cắn, lệch hàm nặng cần phẫu thuật chỉnh hình xương
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát

- Phụ nữ có thai, đang cho con bú
- Kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu
- Bệnh tự miễn, tiền sử sẹo lồi
- Tiền sử tiêm chất làm đầy hoặc phẫu thuật vùng cằm, vùng hàm mặt trước đây
- Vùng cằm có động mạch cằm, động mạch dưới cằm, nhánh của động mạch mặt: nguy cơ tắc mạch gây hoại tử da, kể cả khi tiêm đúng kỹ thuật
- Giải thích rõ cho người bệnh về tính chất tạm thời của kết quả và giới hạn của kỹ thuật so với phẫu thuật độn cằm

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người, được đào tạo về giải phẫu mạch máu vùng mặt và xử trí tắc mạch do chất làm đầy
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Chất làm đầy HA có số đăng ký lưu hành tại Việt Nam, phù hợp tiêm vùng cằm (tên sản phẩm: ghi theo sản phẩm phòng khám đang nhập, đối chiếu sổ nhập hàng và tem sản phẩm dán vào hồ sơ từng ca), còn nguyên niêm phong, còn hạn dùng
- Thuốc tê bôi bề mặt; thuốc tê lidocain nếu cần gây tê tại chỗ
- Dung dịch sát khuẩn da
- Hyaluronidase có sẵn tại phòng trước mỗi ca tiêm (hyaluronidase dạng bột đông khô 1.500 đơn vị/lọ, có số đăng ký hoặc giấy phép nhập khẩu; dự trữ tối thiểu 4 lọ (6.000 đơn vị), đủ cho liều cao xử trí tắc mạch nhiều vùng trong vài giờ đầu)
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT

5.3. Thiết bị y tế

- Kim tiêm hoặc cannula đầu tù chuyên dụng (cannula đầu tù 25G hoặc 22G; kim 27G cho tiêm điểm trên màng xương)
- Bơm tiêm: 1 ml, 3 ml, 5 ml; kim tiêm dùng 1 lần
- Các loại gạc vô khuẩn
- Găng tay khám, găng tay vô khuẩn
- Khẩu trang, mũ
- Bút đánh dấu da
- Túi chườm lạnh, gạc ấm

- Đèn chiếu sáng
- Máy chụp ảnh
- Bảng hướng dẫn xử trí tắc mạch treo tại phòng; số điện thoại bệnh viện tiếp nhận cấp cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy (201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn; cổng cấp cứu góc Nguyễn Chí Thanh – Thuận Kiều, mở 24/24; điện thoại (028) 3855 4137, (028) 3855 4138); gọi 115 song song. Gọi thử xác minh số trước khi in
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng thực hiện kỹ thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang sử dụng, tình trạng thai nghén, cho con bú, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá hình dáng, chiều cao, độ nhô cằm, tương quan cằm – môi – mũi khi nhìn nghiêng, sự cân xứng, khớp cắn, tình trạng da vùng cằm; tiền sử tiêm chất làm đầy, phẫu thuật vùng cằm.
- Chụp ảnh trước điều trị (thẳng, nghiêng, chếch).
- Người bệnh được giải thích rõ trước thủ thuật về kết quả dự kiến, tính chất tạm thời, các tai biến có thể gặp, đặc biệt nguy cơ tắc mạch, hoại tử da.
- Chuẩn bị trước thủ thuật: tẩy trang, rửa sạch vùng mặt; bôi thuốc tê bề mặt nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật: người bệnh và/hoặc người đại diện ký.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại chất làm đầy, đúng vùng tiêm…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; xác nhận hyaluronidase có sẵn tại phòng; kiểm tra tên sản phẩm, số lô, hạn dùng.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu cao hoặc ngồi tựa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: bôi thuốc tê bề mặt hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường giữa, vùng cằm cần làm đầy và các mốc mạch máu nguy hiểm (lỗ cằm, động mạch cằm, động mạch dưới cằm).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn kỹ vùng cằm và vùng lân cận.

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ nếu cần.

6.4. Bước 4: Tiêm chất làm đầy

- Tiêm ở lớp trên màng xương vùng đỉnh cằm và lớp dưới da tùy theo hình dáng cần tạo; tránh vùng lỗ cằm.
- Bơm chậm, áp lực thấp, lượng nhỏ mỗi lần; tổng thể tích mỗi buổi tiêm không quá 2 ml; cần thêm thể tích thì hẹn buổi sau, cách ít nhất 2 tuần.
- Quan sát da vùng cằm, môi dưới liên tục trong khi tiêm: tái nhợt, mảng tím, đau bất thường thì ngừng tiêm ngay và xử trí theo mục 7.2.

6.5. Bước 5: Nắn chỉnh nhẹ tạo hình dáng cằm, tránh vón cục; đánh giá sự cân xứng khi nhìn thẳng và nhìn nghiêng.

6.6. Bước 6: Ghi chép

- Ghi vào hồ sơ: tên sản phẩm, số lô, hạn dùng, thể tích tiêm từng vị trí (vẽ trên lược đồ), loại và cỡ kim hoặc cannula; dán tem sản phẩm vào hồ sơ bệnh án.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau tiêm, các dấu hiệu cần báo ngay, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: màu da vùng cằm, môi dưới, hồi lưu mao mạch, đau, sưng nề. Theo dõi tại chỗ 30 phút sau thủ thuật trước khi cho về.
- Dặn người bệnh tránh xoa nắn mạnh vùng tiêm trong 48 giờ; báo ngay khi đau tăng, da tái hoặc tím, mảng lưới, mụn mủ, nhìn mờ, nói khó, yếu tay chân.
- Đánh giá kết quả sau 5 – 7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ… Xử trí: chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thuốc chống dị ứng, chuyển viện nếu cần.
- Tắc mạch: đau bất thường, da cằm hoặc môi dưới tái nhợt rồi tím, mảng lưới, hồi lưu mao mạch chậm. Xử trí: ngừng tiêm ngay, ghi giờ phát hiện; tiêm hyaluronidase thấm toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng theo phác đồ xử trí tắc mạch của phòng khám

(khoảng 500 đơn vị cho mỗi vùng da cấp máu bị ảnh hưởng (1.000 đơn vị cho 2 vùng, 1.500 đơn vị cho 3 vùng), nhắc lại mỗi giờ đến khi màu da và hồi lưu mao mạch trở lại bình thường), xoa bóp, chườm ấm; theo dõi sát đến khi tưới máu phục hồi; không cải thiện thì chuyển cơ sở chuyên khoa.

- Rối loạn thị giác hoặc dấu hiệu thần kinh (nhìn mờ, nói khó, yếu nửa người). Xử trí: cấp cứu khẩn cấp, ngừng tiêm, gọi cấp cứu 115, chuyển ngay đến bệnh viện có khả năng can thiệp.
- Chảy máu, bầm tím tại điểm tiêm. Xử trí: ấn ép bằng gạc, chườm lạnh.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Sưng nề, bầm tím, căng tức vùng cằm. Xử trí: chườm lạnh, theo dõi.
- Hoại tử da do tắc mạch phát hiện muộn. Xử trí: hyaluronidase theo phác đồ, chăm sóc tại chỗ, chuyển cơ sở chuyên khoa nếu cần.
- Nhiễm trùng: vùng tiêm sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: kháng sinh, chích rạch dẫn lưu nếu áp xe, cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phản ứng viêm, dị ứng tại chỗ. Xử trí: thuốc kháng viêm, kháng histamin.

7.4. Biến chứng muộn

- Lệch cằm, nốt, gồ, di chuyển chất làm đầy. Xử trí: xoa bóp, hòa tan chất làm đầy bằng hyaluronidase nếu cần.
- Nốt viêm muộn. Xử trí: hội chẩn, điều trị tùy theo tổn thương.
- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: tiêm bổ sung hoặc hòa tan chất làm đầy nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

5. DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. Aesthet Surg J 37(7):814-825, 2017.

6. Murray G, Convery C, Walker L, Davies E. Guideline for the Safe Use of Hyaluronidase in Aesthetic Medicine, Including Modified High-dose Protocol. J Clin Aesthet Dermatol 14(8):E69-E75, 2021.

7. Thông tin liên hệ Bệnh viện Chợ Rẫy (medpro.vn, pharmacity.vn, Tổng Lãnh sự quán Singapore tại TP.HCM), tra ngày 29/10/2026; tên phường theo địa giới sau sắp xếp từ 01/7/2025.

Mã 489 — LASER ĐIỀU TRỊ ĐỒI MỒI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 350 "Laser điều trị nám da"; số 349 "Laser điều trị u da" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 489 · Laser điều trị đồi mồi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser (khuếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) tạo ra chùm ánh sáng có bước sóng, năng lượng, độ rộng xung được điều chỉnh, có khả năng tập trung năng lượng vào mô đích. Đồi mồi là các dát tăng sắc tố màu nâu, ranh giới rõ, xuất hiện ở vùng da hở tiếp xúc nhiều với ánh nắng (mặt, cổ, mu tay, cẳng tay), thường gặp ở người trung niên, cao tuổi (lentigo do ánh nắng, lentigo tuổi già); một số trường hợp là tổn thương hơi gồ (dày sừng da dầu). Trong điều trị đồi mồi thường dùng laser Q-switched (Nd:YAG 532 nm, alexandrite 755 nm, ruby 694 nm), laser picosecond; với tổn thương gồ, dày sừng có thể dùng laser bốc bay (CO2, Er:YAG).
- Nguyên lý: quang nhiệt chọn lọc, năng lượng laser được melanin trong tổn thương hấp thu làm phân mảnh hạt sắc tố; sắc tố được đào thải qua bong vảy và đại thực bào. Laser bốc bay loại bỏ lớp thượng bì chứa tổn thương.
- Mục đích: làm mờ hoặc loại bỏ đồi mồi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đồi mồi (lentigo do ánh nắng, lentigo tuổi già) vùng mặt, cổ, mu tay và các vùng da hở khác.
- Dày sừng da dầu dạng phẳng hoặc gồ nhẹ.
- Người bệnh có nhu cầu cải thiện thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương sắc tố nghi ngờ ác tính (bờ không đều, màu không đồng nhất, thay đổi kích thước nhanh, loét, chảy máu…) chưa được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết.
- Nhiễm trùng da đang hoạt động tại vùng cần điều trị (nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nấm).
- Đã dùng isotretinoin trong vòng 6 tháng trước đó.
- Đang dùng thuốc gây nhạy cảm ánh sáng, mới lột da hoặc rám nắng gần đây.
- Người có tiền sử sẹo lồi, sẹo phì đại.
- Phụ nữ đang mang thai.
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế về kết quả.

4. THẬN TRỌNG

- Da sẫm màu (Fitzpatrick IV–VI): nguy cơ tăng sắc tố sau viêm cao.
- Có nám da phối hợp tại vùng điều trị (nám có thể nặng thêm sau laser).
- Tiền sử herpes vùng điều trị.
- Người bệnh có các bệnh lý về da khác, các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Kem gây tê bôi bề mặt: lidocain 2,5% – prilocain 2,5%, ủ 30 – 60 phút
- Thuốc tê lidocain (khi dùng laser bốc bay)
- Dung dịch sát trùng povidone-iodine
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Mỡ kháng sinh, kem làm ẩm, kem chống nắng
- Thuốc trong hộp chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Máy laser điều trị sắc tố (Q-switched hoặc pico giây: 532 nm, 755 nm, 1064 nm; ruby 694 nm) và laser bóc tách (CO2 10.600 nm, Er:YAG 2.940 nm) cho tổn thương gồ, dày sừng; tên máy, số lưu hành ghi theo hồ sơ thiết bị trong Sổ theo dõi của web app
- Kính bảo vệ mắt phù hợp bước sóng cho người bệnh, bác sĩ, điều dưỡng; tấm che mắt
- Biển cảnh báo laser tại cửa phòng
- Kính lúp, đèn soi da (nếu có)
- Bơm tiêm, kim tiêm dùng 1 lần
- Các loại gạc
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang, mũ
- Túi chườm lạnh hoặc thiết bị làm mát da
- Máy chụp ảnh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang dùng, tiền sử herpes, sẹo lồi, các chỉ số sinh tồn…
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm, số lượng, kích thước tổn thương; phân biệt với nám, tàn nhang, nốt ruồi, tổn thương nghi ác tính (soi da nếu có, sinh thiết khi nghi ngờ); phân loại da theo Fitzpatrick.
- Xét nghiệm khi có chỉ định của bác sĩ.
- Chụp ảnh trước điều trị.
- Người bệnh được giải thích rõ trước can thiệp về tình trạng bệnh, số lần điều trị dự kiến, diễn biến sau laser (đỏ, sẫm màu, đóng mài, bong vảy), những tai biến, biến chứng có thể gặp (tăng hoặc giảm sắc tố, sẹo, tái phát), sự cần thiết chống nắng lâu dài.
- Tránh nắng, dùng kem chống nắng phổ rộng ít nhất 4 tuần trước điều trị; ngưng các thuốc bôi gây kích ứng theo hướng dẫn của bác sĩ.
- Chuẩn bị trước can thiệp: tẩy trang, làm sạch vùng điều trị.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 60 phút, tùy số lượng và diện tích tổn thương

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật (phòng laser)

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng kỹ thuật, đúng vị trí điều trị…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp vùng điều trị

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: bôi kem tê bề mặt tổn thương, thời gian ủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất; gây tê tại chỗ bằng lidocain tiêm dưới da khi dùng laser bốc bay.
- Người bệnh, bác sĩ, điều dưỡng đeo kính bảo vệ mắt phù hợp bước sóng; dùng tấm che mắt khi điều trị vùng gần ổ mắt.

6.1. Bước 1: Lau sạch kem tê, làm sạch và sát khuẩn vùng điều trị, để khô.

6.2. Bước 2: Chọn loại laser và thông số (bước sóng, năng lượng, kích thước điểm, tần số) theo loại tổn thương, màu da và hướng dẫn của nhà sản xuất; bắt đầu ở mức năng lượng thấp (điểm kết thúc của từng loại laser ở bước 3); da sẫm màu

(Fitzpatrick IV trở lên) dùng năng lượng thấp hơn; bắn thử trên một vùng nhỏ, đánh giá phản ứng da.

6.3. Bước 3: Dùng bàn đạp hoặc phím bấm tay để bắn tia lên toàn bộ diện tổn thương:

- Laser Q-switched, picosecond: bắn phủ tổn thương, điểm kết thúc là tổn thương chuyển màu trắng xám ngay sau khi bắn; tránh bắn chồng nhiều lần lên cùng một điểm.
- Laser bốc bay (CO2, Er:YAG): bốc bay tổn thương theo từng lớp đến khi hết tổn thương, không đi quá sâu.

6.4. Bước 4: Làm mát vùng điều trị; bôi mỡ kháng sinh hoặc kem làm ẩm lên diện điều trị; hướng dẫn chăm sóc, chống nắng, không cạy vảy.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (loại laser, thông số, số xung, vùng điều trị), lưu hồ sơ.
- Hẹn tái khám; lần điều trị tiếp theo (nếu cần) cách 4 – 6 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: đỏ, phù nề, rỉ dịch, bọng nước.
- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của thuốc tê (bôi hoặc tiêm): dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Tổn thương mắt do tia laser. Xử trí: ngừng thực hiện, khám chuyên khoa mắt ngay.
- Bỏng da. Xử trí: ngừng bắn, làm mát, chăm sóc vết bỏng.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Đau, rát, đỏ, phù nề vùng điều trị. Xử trí: chườm mát, đắp ẩm, dùng thuốc giảm đau nếu cần.
- Bọng nước, trợt da. Xử trí: chăm sóc tại chỗ, bôi mỡ kháng sinh.
- Nhiễm trùng. Xử trí: chăm sóc tại chỗ, kháng sinh theo chỉ định.
- Tái hoạt herpes. Xử trí: thuốc kháng virus theo chỉ định của bác sĩ.
- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Tăng sắc tố sau viêm. Xử trí: chống nắng, thuốc bôi theo chỉ định của bác sĩ, theo dõi.
- Giảm sắc tố. Xử trí: theo dõi.
- Sẹo lồi, quá phát, co kéo. Xử trí: tùy theo tổn thương.
- Đồi mồi tái phát. Xử trí: chống nắng, điều trị lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

5. Anderson RR, Parrish JA. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. Science 220:524-527, 1983.

6. American Society for Dermatologic Surgery, Pigment Treatments (tài liệu cho người bệnh).

Mã 490 — LASER ĐIỀU TRỊ NẾP NHĂN

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 349 "Laser điều trị u da"; số 350 "Laser điều trị nám da" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 490 · Laser điều trị nếp nhăn

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Laser (khuếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) tạo ra chùm ánh sáng có bước sóng, năng lượng được điều chỉnh, có khả năng tập trung năng lượng tại điểm rất nhỏ để gây hiệu ứng quang nhiệt hoặc bốc hơi mô. Laser điều trị nếp nhăn (tái tạo bề mặt da) dùng laser bốc bay (CO2 10.600 nm, Er:YAG 2.940 nm) dạng toàn phần hoặc dạng vi điểm (fractional), hoặc laser không bốc bay dạng vi điểm. Laser vi điểm có thời gian hồi phục ngắn hơn laser bốc bay toàn phần.
- Nguyên lý: laser tạo các vùng tổn thương nhiệt có kiểm soát ở thượng bì và trung bì, xen kẽ vùng da lành; quá trình lành thương kích thích tân tạo và tái cấu trúc collagen, làm da săn chắc, bề mặt da mịn hơn, nếp nhăn mờ đi.
- Mục đích: làm mờ nếp nhăn tĩnh do lão hóa, do ánh nắng; cải thiện bề mặt và độ săn chắc của da.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nếp nhăn nhỏ, nông đến trung bình vùng quanh mắt, quanh miệng, má, trán do lão hóa, do ánh nắng.
- Da lão hóa do ánh nắng kèm bề mặt da sần, lỗ chân lông to.
- Nếp nhăn động do co cơ: laser có tác dụng hạn chế, cân nhắc phối hợp tiêm botulinum (kỹ thuật riêng).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da đang hoạt động tại vùng cần điều trị (nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nấm).
- Đã dùng isotretinoin trong vòng 6 tháng trước đó.
- Người có tiền sử sẹo lồi, sẹo phì đại.
- Bệnh lý da đang hoạt động tại vùng điều trị (vảy nến, bạch biến, bệnh mô liên kết…).
- Đang dùng thuốc gây nhạy cảm ánh sáng, mới lột da hoặc rám nắng gần đây.
- Phụ nữ đang mang thai.
- Người bệnh có kỳ vọng không thực tế về kết quả.

4. THẬN TRỌNG

- Da sẫm màu (Fitzpatrick IV–VI): nguy cơ tăng sắc tố sau viêm cao.

- Tiền sử herpes môi, herpes vùng mặt: dự phòng thuốc kháng virus theo chỉ định của bác sĩ: valacyclovir 500 mg uống 2 lần/ngày, bắt đầu 1 ngày trước điều trị và kéo dài 7 – 10 ngày (laser bóc tách toàn bộ bề mặt: 10 – 14 ngày); hoặc famciclovir 250 mg uống 2 lần/ngày, bắt đầu 1 ngày trước, trong 14 ngày.
- Đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, rối loạn đông máu.
- Đã phẫu thuật, xạ trị, tiêm chất làm đầy tại vùng điều trị.
- Người bệnh có các bệnh lý về tâm thần, sẹo mổ cũ…
- Viêm nhiễm vùng lân cận…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Kem gây tê bôi bề mặt: lidocain 2,5% – prilocain 2,5%, ủ 45 – 60 phút
- Dung dịch sát trùng không chứa cồn hoặc để khô hoàn toàn trước khi bắn laser
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Kem phục hồi, kem làm ẩm, mỡ kháng sinh, kem chống nắng
- Thuốc trong hộp chống sốc phản vệ

5.3. Thiết bị y tế

- Máy laser vi điểm (fractional CO2 10.600 nm hoặc Er:YAG 2.940 nm, hoặc laser vi điểm không bóc tách); tên máy, số lưu hành ghi theo hồ sơ thiết bị trong Sổ theo dõi của web app
- Kính bảo vệ mắt phù hợp bước sóng cho người bệnh, bác sĩ, điều dưỡng; tấm che bảo vệ nhãn cầu khi điều trị vùng trong viền ổ mắt
- Biển cảnh báo laser tại cửa phòng
- Máy hút khói (khi dùng laser bốc bay)
- Các loại gạc
- Găng tay khám, găng tay phẫu thuật
- Khẩu trang, mũ
- Túi chườm lạnh hoặc thiết bị làm mát da
- Máy chụp ảnh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng can thiệp

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang dùng, tiền sử herpes, sẹo lồi, các can thiệp thẩm mỹ trước đó, các chỉ số sinh tồn…

- Khám tại chỗ: đánh giá loại nếp nhăn (tĩnh, động), mức độ, vùng điều trị; phân loại da theo Fitzpatrick; tình trạng sắc tố, mụn, viêm da.
- Xét nghiệm khi có chỉ định của bác sĩ.
- Chụp ảnh trước điều trị.
- Người bệnh được giải thích rõ trước can thiệp về số lần điều trị dự kiến, diễn biến sau laser (đỏ, phù nề, rỉ dịch, đóng mài, bong vảy), thời gian hồi phục, những tai biến, biến chứng có thể gặp (tăng hoặc giảm sắc tố, nhiễm trùng, sẹo), sự cần thiết chống nắng.
- Tránh nắng, dùng kem chống nắng phổ rộng ít nhất 4 tuần trước điều trị; ngưng các thuốc bôi gây kích ứng theo hướng dẫn của bác sĩ.
- Chuẩn bị trước can thiệp: tẩy trang, làm sạch vùng điều trị.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Người bệnh và/hoặc người nhà ký hồ sơ bệnh án, phiếu đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 – 90 phút, kể cả thời gian ủ tê

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật (phòng laser)

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng kỹ thuật, đúng vị trí điều trị…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

- Vô cảm: bôi kem tê bề mặt vùng điều trị, thời gian ủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất; có thể gây tê tại chỗ bằng lidocain tiêm dưới da ở vùng nhỏ khi cần.
- Người bệnh, bác sĩ, điều dưỡng đeo kính bảo vệ mắt phù hợp bước sóng; đặt tấm che bảo vệ nhãn cầu khi điều trị vùng trong viền ổ mắt.

6.1. Bước 1: Lau sạch kem tê, làm sạch và sát khuẩn vùng điều trị, để khô hoàn toàn (không để đọng dung dịch có cồn do nguy cơ bắt lửa).

6.2. Bước 2: Chọn thông số (năng lượng, mật độ, kích thước điểm, số lượt) theo vùng điều trị, màu da và hướng dẫn của nhà sản xuất; da châu Á (Fitzpatrick III – IV) dùng mật độ thấp đến trung bình để giảm nguy cơ tăng sắc tố sau viêm; bắn thử trên một vùng nhỏ, đánh giá phản ứng da.

6.3. Bước 3: Dùng bàn đạp hoặc phím bấm tay để bắn laser lần lượt theo từng đơn vị thẩm mỹ của mặt; các lượt bắn sát nhau, không chồng lấp quá mức; giảm năng

lượng, mật độ ở vùng da mỏng (mi mắt, cổ); hút khói trong quá trình bắn laser bốc bay.

6.4. Bước 4: Làm mát vùng điều trị; bôi kem phục hồi hoặc kem làm ẩm lên diện điều trị; hướng dẫn chăm sóc, chống nắng, không cạy mài.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (loại laser, thông số, vùng điều trị), lưu hồ sơ.
- Hẹn tái khám; liệu trình 3 – 5 lần, mỗi lần cách nhau 4 – 6 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: đỏ, phù nề, rỉ dịch, bọng nước.
- Các tổ chức xung quanh.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến của thuốc tê (bôi hoặc tiêm): dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ... Xử trí: ngừng thuốc, xử trí phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, theo dõi; chuyển viện nếu cần.
- Tổn thương mắt do tia laser. Xử trí: ngừng thực hiện, khám chuyên khoa mắt ngay.
- Bỏng da, bắt lửa. Xử trí: ngừng bắn, dập lửa, làm mát, chăm sóc vết bỏng.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Đau, rát, đỏ, phù nề vùng điều trị. Xử trí: chườm mát, bôi kem phục hồi, dùng thuốc giảm đau nếu cần.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm. Xử trí: chăm sóc tại chỗ, thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Tái hoạt herpes. Xử trí: thuốc kháng virus theo chỉ định của bác sĩ.
- Mụn trứng cá, hạt kê. Xử trí: điều trị theo chỉ định của bác sĩ.
- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Ban đỏ kéo dài. Xử trí: chống nắng, kem phục hồi, theo dõi.
- Tăng sắc tố sau viêm, giảm sắc tố. Xử trí: chống nắng, thuốc bôi theo chỉ định của bác sĩ, theo dõi.
- Sẹo lồi, quá phát, co kéo; lật mi dưới khi điều trị vùng mi dưới. Xử trí: tùy theo tổn thương, phẫu thuật nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình và Thẩm mỹ, Tập 1, ban hành kèm theo Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026.

2. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

3. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

4. Davison, S. P. (2007). Essentials of Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery, 120(7), 2112.

5. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. Lasers Surg Med 34:426-438, 2004.

6. Bisaccia E, Scarborough D (2003), Herpes simplex virus prophylaxis with famciclovir in patients undergoing aesthetic facial CO2 laser resurfacing. Cutis 72(4):327-328.

7. American Society for Dermatologic Surgery, Pigment Treatments (tài liệu cho người bệnh).

Mã 491 — TIÊM BOTULINUM ĐIỀU TRỊ NẾP NHĂN

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 349 "Laser điều trị u da" (bố cục thủ thuật tại phòng thực hiện kỹ thuật); QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 256 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy" (thủ thuật tiêm vùng mặt); tham khảo cũ: QĐ 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018, quy trình số 211 "Tiêm botulinum điều trị nếp nhăn" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 491 · Tiêm Botulinum điều trị nếp nhăn

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Nếp nhăn động là các nếp nhăn xuất hiện hoặc rõ lên khi các cơ bám da mặt co (cau mày, nhướng mày, cười), thường gặp ở vùng giữa hai cung mày, vùng trán và vùng đuôi mắt. Tiêm Botulinum điều trị nếp nhăn là kỹ thuật tiêm độc tố Botulinum type A liều nhỏ vào các cơ bám da mặt nhằm làm giảm co cơ, làm mờ nếp nhăn động.
- Nguyên lý: Độc tố Botulinum type A ức chế giải phóng acetylcholin tại khớp thần kinh – cơ, làm giảm co cơ tạm thời tại vùng tiêm. Tác dụng xuất hiện sau vài ngày, kéo dài vài tháng, sau đó trương lực cơ hồi phục dần. Liều tính theo đơn vị của từng sản phẩm, không quy đổi tương đương giữa các sản phẩm khác nhau.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Làm mờ nếp nhăn động vùng mặt
- + Cải thiện sự cân đối, hài hòa của nét mặt khi nghỉ và khi biểu cảm
- + Hạn chế sự hình thành nếp nhăn tĩnh do co cơ lặp lại

2. CHỈ ĐỊNH

- Nếp nhăn động vùng giữa hai cung mày, vùng trán, vùng đuôi mắt ở người trưởng thành
- Nếp nhăn động ở các vùng khác của mặt theo chỉ định của bác sĩ: nếp nhăn mũi (cơ mũi), cằm sần (cơ cằm), khóe miệng trễ (cơ hạ góc miệng), dải cơ bám da cổ, phì đại cơ cắn (vùng nào ngoài chỉ định ghi trên nhãn của sản phẩm lưu hành tại Việt Nam thì giải thích cho người bệnh)
- Người bệnh có mong muốn điều trị và kỳ vọng phù hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của sản phẩm (bao gồm albumin nếu có trong sản phẩm)
- Nhiễm trùng, viêm nhiễm tại vị trí tiêm
- Bệnh lý thần kinh – cơ: nhược cơ, hội chứng Lambert-Eaton, xơ cứng cột bên teo cơ…

- Phụ nữ có thai, đang cho con bú
- Kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang dùng thuốc ảnh hưởng dẫn truyền thần kinh – cơ (kháng sinh nhóm aminoglycosid và các thuốc khác theo tờ hướng dẫn sử dụng của sản phẩm)
- Người bệnh có sụp mi, sa cung mày, da trán chùng nhiều, mất cân xứng mặt sẵn có
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu (tăng nguy cơ bầm tím)
- Người bệnh đã tiêm Botulinum trong thời gian gần (ghi rõ sản phẩm, liều, thời điểm)
- Người bệnh có rối loạn tâm lý về hình thể

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Sản phẩm Botulinum toxin type A có số đăng ký lưu hành hoặc giấy phép nhập khẩu còn hiệu lực tại Việt Nam (tên sản phẩm: ghi theo sản phẩm phòng khám đang nhập, đối chiếu sổ nhập hàng và tem sản phẩm dán vào hồ sơ từng ca), bảo quản theo hướng dẫn của nhà sản xuất
- Dung dịch natri clorid 0,9% để pha thuốc (thể tích pha theo tờ hướng dẫn của sản phẩm; ví dụ lọ 100 đơn vị onabotulinumtoxinA pha 2,5 ml, được 4 đơn vị/0,1 ml; lọ 50 đơn vị pha 1,25 ml; dùng trong 24 giờ, bảo quản 2 – 8 °C)
- Dung dịch sát khuẩn da
- Thuốc tê bôi bề mặt nếu cần
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm 1 ml hoặc bơm tiêm insulin, kim tiêm cỡ nhỏ (kim 30G – 33G)
- Bơm tiêm 3 ml hoặc 5 ml, kim lấy thuốc để pha thuốc
- Các loại gạc vô khuẩn
- Găng tay khám, găng tay vô khuẩn
- Khẩu trang, mũ
- Bút đánh dấu da
- Túi chườm lạnh
- Tủ lạnh bảo quản thuốc có theo dõi nhiệt độ

- Máy chụp ảnh
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng thực hiện kỹ thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), bệnh lý thần kinh – cơ, thuốc đang sử dụng, tình trạng thai nghén, cho con bú, tiền sử tiêm Botulinum và các thủ thuật thẩm mỹ vùng mặt trước đây, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá nếp nhăn khi nghỉ và khi co cơ (cau mày, nhướng mày, cười), sụp mi, vị trí cung mày, mất cân xứng sẵn có; ghi nhận vào hồ sơ bệnh án.
- Chụp ảnh trước điều trị khi nghỉ và khi co cơ.
- Người bệnh được giải thích rõ trước thủ thuật về tác dụng tạm thời của thuốc, thời gian xuất hiện và kéo dài tác dụng, các tai biến, tác dụng không mong muốn có thể gặp.
- Chuẩn bị trước thủ thuật: tẩy trang, rửa sạch vùng mặt.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật: người bệnh và/hoặc người đại diện ký.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng kỹ thuật, đúng vùng tiêm…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; kiểm tra tên sản phẩm, số lô, hạn dùng, ngày pha thuốc.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa hoặc ngồi tựa đầu cao

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: thường không cần; có thể chườm lạnh hoặc bôi thuốc tê bề mặt

6.1. Bước 1: Pha thuốc

- Pha sản phẩm Botulinum với dung dịch natri clorid 0,9% theo thể tích đã quy định; ghi nồng độ (đơn vị/0,1 ml) lên bơm tiêm.

6.2. Bước 2: Đánh dấu điểm tiêm

- Đánh dấu các điểm tiêm theo vùng điều trị khi người bệnh co cơ; tránh vùng sát bờ trên ổ mắt và vùng thấp của trán.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn vùng tiêm

6.4. Bước 4: Tiêm thuốc

- Tiêm theo các điểm và liều đã định cho từng vùng (liều theo sản phẩm; ví dụ onabotulinumtoxinA: cau mày 20 đơn vị/5 điểm, chân chim 24 đơn vị/6 điểm, nếp nhăn trán 20 đơn vị kèm 20 đơn vị cau mày; các sản phẩm khác không quy đổi đơn vị tương đương, bảng liều do bác sĩ phụ trách chuyên môn ban hành kèm theo).
- Ấn nhẹ bằng gạc vô khuẩn tại điểm tiêm, không xoa bóp mạnh vùng tiêm.

6.5. Bước 5: Ghi chép

- Ghi vào hồ sơ: tên sản phẩm, số lô, hạn dùng, thể tích pha, tổng số đơn vị và số đơn vị từng vùng (vẽ trên lược đồ); dán tem hoặc nhãn sản phẩm vào hồ sơ bệnh án.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau tiêm, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp; phản ứng dị ứng trong thời gian lưu theo dõi tại phòng khám (tối thiểu 30 phút).
- Tình trạng tại chỗ: chảy máu, bầm tím, sưng nề tại điểm tiêm.
- Tái khám sau 14 ngày để đánh giá kết quả, tiêm bổ sung nếu cần (ghi rõ số đơn vị bổ sung, số lô).

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ… Xử trí: chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thuốc chống dị ứng, chuyển viện nếu cần.
- Cường phế vị, ngất. Xử trí: ngừng tiêm, đặt người bệnh nằm đầu thấp, theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Chảy máu, bầm tím tại điểm tiêm. Xử trí: ấn ép bằng gạc, chườm lạnh.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Đau, sưng, bầm tím tại chỗ tiêm. Xử trí: chườm lạnh, theo dõi.
- Đau đầu. Xử trí: thuốc giảm đau thông thường.
- Sụp mi, sa cung mày, mất cân xứng nụ cười, nhìn đôi. Xử trí: giải thích cho người bệnh, theo dõi đến khi hết tác dụng của thuốc; dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ (sụp mi: nhỏ apraclonidin 0,5% 1 – 2 giọt × 3 lần/ngày, thận trọng ở người đang dùng thuốc ức chế MAO hoặc có bệnh tim mạch nặng; thường tự hết sau 3 – 4 tuần); nhìn đôi gửi khám chuyên khoa mắt.

- Triệu chứng toàn thân bất thường: khó nuốt, khó nói, khó thở, yếu cơ lan tỏa. Xử trí: chuyển viện cấp cứu ngay.

7.4. Biến chứng muộn

- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: còn nếp nhăn, mất cân xứng hai bên, nét mặt kém tự nhiên. Xử trí: tiêm bổ sung hoặc chờ hết tác dụng của thuốc tùy theo tình trạng.
- Giảm đáp ứng với thuốc sau nhiều lần tiêm. Xử trí: đánh giá lại chỉ định, khoảng cách giữa các lần tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

5. Neligan, Gurtner (2018), "Plastic Surgery: Principles, Fourth edition", Elsevier Inc.

6. Carruthers JD, Carruthers JA. Treatment of glabellar frown lines with C. botulinum-A exotoxin. J Dermatol Surg Oncol 18:17-21, 1992.

7. Allergan (2024), BOTOX Cosmetic (onabotulinumtoxinA) Prescribing Information.

8. King M và cs. (2018), Management of Ptosis — Aesthetic Complications Expert Group. J Clin Aesthet Dermatol.

Mã 492 — TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY XÓA NẾP NHĂN

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 256 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 257 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy"; tham khảo cũ: QĐ 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018, quy trình số 212 "Tiêm chất làm đầy xóa nếp nhăn" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 492 · Tiêm chất làm đầy xóa nếp nhăn

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Nếp nhăn tĩnh và các rãnh vùng mặt (rãnh mũi má, rãnh môi cằm, rãnh lệ…) hình thành do lão hóa da, mất thể tích mô mềm và tiêu xương. Tiêm chất làm đầy xóa nếp nhăn là kỹ thuật tiêm chất làm đầy vào lớp trung bì, dưới da hoặc trên màng xương để làm đầy nếp nhăn, rãnh và vùng mất thể tích.
- Nguyên lý: Chất làm đầy bù đắp thể tích thiếu hụt tại vùng nếp nhăn, rãnh, nâng đỡ mô mềm phía trên. Quy trình này áp dụng cho chất làm đầy acid hyaluronic (HA) có thể hòa tan bằng hyaluronidase; phòng khám dùng loại chất làm đầy khác thì cần quy trình riêng (phòng khám chỉ dùng chất làm đầy HA).
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Làm mờ nếp nhăn tĩnh, rãnh vùng mặt
- + Bù đắp thể tích mô mềm bị thiếu hụt
- + Cải thiện sự cân đối, hài hòa của khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Nếp nhăn tĩnh vùng mặt
- Rãnh mũi má, rãnh môi cằm, rãnh lệ (bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện)
- Mất thể tích mô mềm vùng mặt mức độ nhẹ đến trung bình
- Người bệnh trưởng thành có mong muốn điều trị và kỳ vọng phù hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của chất làm đầy (HA, lidocain có trong sản phẩm)
- Nhiễm trùng, viêm nhiễm cấp, mụn rộp đang hoạt động tại vùng tiêm
- Vùng đã tiêm chất làm đầy không rõ loại, chất làm đầy không tiêu hoặc silicon lỏng
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Phụ nữ có thai, đang cho con bú
- Kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu
- Bệnh tự miễn, tiền sử sẹo lồi
- Tiền sử tiêm chất làm đầy hoặc phẫu thuật vùng mặt trước đây (hỏi rõ loại chất, thời điểm)
- Vùng tiêm có mạch máu lớn đi qua, có nguy cơ tắc mạch (vùng giữa hai mày, mũi, rãnh mũi má, thái dương): tắc mạch có thể gây hoại tử da, giảm hoặc mất thị lực, đột quỵ, kể cả khi tiêm đúng kỹ thuật
- Giải thích rõ cho người bệnh về tính chất tạm thời của kết quả

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người, được đào tạo về giải phẫu mạch máu vùng mặt và xử trí tắc mạch do chất làm đầy
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Chất làm đầy HA có số đăng ký lưu hành tại Việt Nam (tên sản phẩm: ghi theo sản phẩm phòng khám đang nhập, đối chiếu sổ nhập hàng và tem sản phẩm dán vào hồ sơ từng ca), còn nguyên niêm phong, còn hạn dùng
- Thuốc tê bôi bề mặt; thuốc tê lidocain nếu cần gây tê tại chỗ
- Dung dịch sát khuẩn da
- Hyaluronidase có sẵn tại phòng trước mỗi ca tiêm (hyaluronidase dạng bột đông khô 1.500 đơn vị/lọ, có số đăng ký hoặc giấy phép nhập khẩu; dự trữ tối thiểu 4 lọ (6.000 đơn vị), đủ cho liều cao xử trí tắc mạch nhiều vùng trong vài giờ đầu)
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT

5.3. Thiết bị y tế

- Kim tiêm hoặc cannula đầu tù chuyên dụng (kim 27G – 30G hoặc cannula đầu tù 25G)
- Bơm tiêm: 1 ml, 3 ml, 5 ml; kim tiêm dùng 1 lần
- Các loại gạc vô khuẩn
- Găng tay khám, găng tay vô khuẩn
- Khẩu trang, mũ
- Bút đánh dấu da
- Túi chườm lạnh, gạc ấm
- Đèn chiếu sáng

- Máy chụp ảnh
- Bảng hướng dẫn xử trí tắc mạch treo tại phòng; số điện thoại cơ sở nhãn khoa, bệnh viện tiếp nhận cấp cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy (201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn; cổng cấp cứu góc Nguyễn Chí Thanh – Thuận Kiều, mở 24/24; điện thoại (028) 3855 4137, (028) 3855 4138); gọi 115 song song. Gọi thử xác minh số trước khi in
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng thực hiện kỹ thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang sử dụng, tình trạng thai nghén, cho con bú, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá mức độ nếp nhăn, rãnh, mất thể tích; tình trạng da vùng tiêm; tiền sử tiêm chất làm đầy, phẫu thuật vùng mặt.
- Chụp ảnh trước điều trị.
- Người bệnh được giải thích rõ trước thủ thuật về kết quả dự kiến, tính chất tạm thời, các tai biến có thể gặp, đặc biệt nguy cơ tắc mạch, hoại tử da, ảnh hưởng thị lực.
- Chuẩn bị trước thủ thuật: tẩy trang, rửa sạch vùng mặt; bôi thuốc tê bề mặt nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật: người bệnh và/hoặc người đại diện ký.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại chất làm đầy, đúng vùng tiêm…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; xác nhận hyaluronidase có sẵn tại phòng; kiểm tra tên sản phẩm, số lô, hạn dùng.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu cao

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: bôi thuốc tê bề mặt hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng tiêm và các mốc mạch máu nguy hiểm (động mạch mặt, động mạch góc, động mạch trên ròng rọc, động mạch trên ổ mắt…).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn kỹ vùng tiêm; sát khuẩn lại khi chuyển vùng.

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ nếu cần.

6.4. Bước 4: Tiêm chất làm đầy

- Chọn lớp tiêm theo vùng; ưu tiên cannula đầu tù ở vùng nguy cơ cao.
- Bơm chậm, áp lực thấp, lượng nhỏ mỗi lần; kim hoặc cannula luôn di chuyển khi bơm.
- Quan sát da liên tục trong khi tiêm: tái nhợt, mảng tím, đau bất thường thì ngừng tiêm ngay và xử trí theo mục 7.2.

6.5. Bước 5: Nắn chỉnh nhẹ sau tiêm, tránh vón cục; đánh giá sự cân xứng.

6.6. Bước 6: Ghi chép

- Ghi vào hồ sơ: tên sản phẩm, số lô, hạn dùng, thể tích tiêm từng vùng (vẽ trên lược đồ), loại và cỡ kim hoặc cannula; dán tem sản phẩm vào hồ sơ bệnh án.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau tiêm, các dấu hiệu cần báo ngay, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: màu da, hồi lưu mao mạch, đau, sưng nề; thị lực. Theo dõi tại chỗ 30 phút sau thủ thuật trước khi cho về.
- Dặn người bệnh tránh xoa nắn mạnh vùng tiêm trong 48 giờ; báo ngay khi đau tăng, da tái hoặc tím, mảng lưới, mụn mủ, nhìn mờ, đau mắt, nói khó, yếu tay chân.
- Đánh giá kết quả sau 5 – 7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ… Xử trí: chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thuốc chống dị ứng, chuyển viện nếu cần.
- Tắc mạch: đau bất thường, da tái nhợt rồi tím, mảng lưới, hồi lưu mao mạch chậm. Xử trí: ngừng tiêm ngay, ghi giờ phát hiện; tiêm hyaluronidase thấm toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng theo phác đồ xử trí tắc mạch của phòng khám (khoảng 500 đơn vị cho mỗi vùng da cấp máu bị ảnh hưởng (1.000 đơn vị cho 2 vùng, 1.500 đơn vị cho 3 vùng), nhắc lại mỗi giờ đến khi màu da và hồi lưu mao mạch trở lại bình thường),

xoa bóp, chườm ấm; theo dõi sát đến khi tưới máu phục hồi; không cải thiện thì chuyển cơ sở chuyên khoa.

- Rối loạn thị giác (nhìn mờ, mất thị lực, đau mắt, sụp mi, liệt vận nhãn) hoặc dấu hiệu thần kinh (nói khó, yếu nửa người). Xử trí: cấp cứu khẩn cấp, ngừng tiêm, gọi cấp cứu 115, chuyển ngay đến cơ sở nhãn khoa hoặc bệnh viện có khả năng can thiệp; tiêm hyaluronidase vùng da liên quan trong khi chờ chuyển, không làm chậm chuyển viện.
- Chảy máu, bầm tím tại điểm tiêm. Xử trí: ấn ép bằng gạc, chườm lạnh.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Sưng nề, bầm tím, căng tức vùng tiêm. Xử trí: chườm lạnh, theo dõi.
- Hoại tử da do tắc mạch phát hiện muộn. Xử trí: hyaluronidase theo phác đồ, chăm sóc tại chỗ, chuyển cơ sở chuyên khoa nếu cần.
- Nhiễm trùng: vùng tiêm sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: kháng sinh, chích rạch dẫn lưu nếu áp xe, cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phản ứng viêm, dị ứng tại chỗ. Xử trí: thuốc kháng viêm, kháng histamin.

7.4. Biến chứng muộn

- Nốt, cục, gồ, hiệu ứng ánh xanh dưới da (hiệu ứng Tyndall). Xử trí: xoa bóp, hòa tan chất làm đầy bằng hyaluronidase nếu cần.
- Nốt viêm muộn. Xử trí: hội chẩn, điều trị tùy theo tổn thương.
- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: không đều, mất cân xứng hai bên. Xử trí: tiêm bổ sung hoặc hòa tan chất làm đầy nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

5. DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. Aesthet Surg J 37(7):814-825, 2017.

6. Murray G, Convery C, Walker L, Davies E. Guideline for the Safe Use of Hyaluronidase in Aesthetic Medicine, Including Modified High-dose Protocol. J Clin Aesthet Dermatol 14(8):E69-E75, 2021.

7. Beleznay K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Dermatol Surg 41(10):1097-1117, 2015.

8. Thông tin liên hệ Bệnh viện Chợ Rẫy (medpro.vn, pharmacity.vn, Tổng Lãnh sự quán Singapore tại TP.HCM), tra ngày 29/10/2026; tên phường theo địa giới sau sắp xếp từ 01/7/2025.

Mã 493 — TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY NÂNG MŨI

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 256 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 257 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 326 "Phẫu thuật nâng mũi bằng vật liệu nhân tạo kết hợp sụn tự thân" (khám, đánh giá mũi); tham khảo cũ: QĐ 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018, quy trình số 213 "Tiêm chất làm đầy nâng mũi" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 493 · Tiêm chất làm đầy nâng mũi

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Tiêm chất làm đầy nâng mũi là kỹ thuật tiêm chất làm đầy vào lớp sát màng xương, màng sụn vùng sống mũi, gốc mũi và đầu mũi nhằm nâng cao sống mũi, cải thiện hình dáng mũi mà không cần phẫu thuật.
- Nguyên lý: Chất làm đầy bù đắp thể tích tại vùng sống mũi, gốc mũi, đầu mũi, nâng đỡ mô mềm phía trên. Quy trình này áp dụng cho chất làm đầy acid hyaluronic (HA) có thể hòa tan bằng hyaluronidase. Vùng mũi và vùng giữa hai mày có mạch máu thông nối với hệ động mạch mắt, là vùng có nguy cơ cao nhất gây giảm hoặc mất thị lực khi tắc mạch do chất làm đầy.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Nâng cao sống mũi, gốc mũi
- + Cải thiện độ nhô đầu mũi, góc mũi – trán
- + Tạo hình dáng mũi cân đối với khuôn mặt

2. CHỈ ĐỊNH

- Thấp sống mũi, thấp gốc mũi mức độ nhẹ đến trung bình
- Gồ, lõm nhẹ sống mũi cần làm đầy để cải thiện đường nét
- Người bệnh trưởng thành có mong muốn điều trị không phẫu thuật và kỳ vọng phù hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của chất làm đầy (HA, lidocain có trong sản phẩm)
- Nhiễm trùng, viêm nhiễm cấp tại vùng mũi, vùng mặt
- Mũi đã phẫu thuật có đặt sụn hoặc vật liệu độn, mũi có sẹo, mũi đã tiêm chất làm đầy không rõ loại hoặc silicon lỏng (không tiêm; khám và tư vấn phương án phẫu thuật)
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Phụ nữ có thai, đang cho con bú

- Kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu
- Bệnh tự miễn, tiền sử sẹo lồi
- Tiền sử chấn thương mũi, phẫu thuật mũi, tiêm chất làm đầy vùng mũi trước đây
- Nguy cơ tắc mạch gây hoại tử da mũi, giảm hoặc mất thị lực, đột quỵ, kể cả khi tiêm đúng kỹ thuật
- Giải thích rõ cho người bệnh về tính chất tạm thời của kết quả và giới hạn của kỹ thuật so với phẫu thuật nâng mũi

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người, được đào tạo về giải phẫu mạch máu vùng mũi, vùng mặt và xử trí tắc mạch do chất làm đầy
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Chất làm đầy HA có số đăng ký lưu hành tại Việt Nam, phù hợp tiêm vùng mũi (tên sản phẩm: ghi theo sản phẩm phòng khám đang nhập, đối chiếu sổ nhập hàng và tem sản phẩm dán vào hồ sơ từng ca), còn nguyên niêm phong, còn hạn dùng
- Thuốc tê bôi bề mặt; thuốc tê lidocain nếu cần gây tê tại chỗ
- Dung dịch sát khuẩn da
- Hyaluronidase có sẵn tại phòng trước mỗi ca tiêm (hyaluronidase dạng bột đông khô 1.500 đơn vị/lọ, có số đăng ký hoặc giấy phép nhập khẩu; dự trữ tối thiểu 4 lọ (6.000 đơn vị), đủ cho liều cao xử trí tắc mạch nhiều vùng trong vài giờ đầu)
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT

5.3. Thiết bị y tế

- Kim tiêm hoặc cannula đầu tù chuyên dụng (kim 27G tiêm điểm sát màng xương, màng sụn ở đường giữa; hoặc cannula đầu tù 25G)
- Bơm tiêm: 1 ml, 3 ml, 5 ml; kim tiêm dùng 1 lần
- Các loại gạc vô khuẩn
- Găng tay khám, găng tay vô khuẩn
- Khẩu trang, mũ
- Bút đánh dấu da
- Túi chườm lạnh, gạc ấm
- Đèn chiếu sáng

- Máy chụp ảnh
- Bảng thị lực hoặc phương tiện kiểm tra thị lực đơn giản
- Bảng hướng dẫn xử trí tắc mạch treo tại phòng; số điện thoại cơ sở nhãn khoa, bệnh viện tiếp nhận cấp cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy (201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn; cổng cấp cứu góc Nguyễn Chí Thanh – Thuận Kiều, mở 24/24; điện thoại (028) 3855 4137, (028) 3855 4138); gọi 115 song song. Gọi thử xác minh số trước khi in
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng thực hiện kỹ thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang sử dụng, tình trạng thai nghén, cho con bú, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá đặc điểm mũi, chiều dài sống mũi, độ nhô đầu mũi, góc mũi – trán, góc mũi – môi, tình trạng da mũi; tiền sử phẫu thuật mũi, tiêm chất làm đầy vùng mũi.
- Kiểm tra thị lực trước tiêm, ghi vào hồ sơ.
- Chụp ảnh trước điều trị (thẳng, nghiêng, chếch).
- Người bệnh được giải thích rõ trước thủ thuật về kết quả dự kiến, tính chất tạm thời, các tai biến có thể gặp, đặc biệt nguy cơ tắc mạch, hoại tử da mũi, giảm hoặc mất thị lực.
- Chuẩn bị trước thủ thuật: tẩy trang, rửa sạch vùng mặt; bôi thuốc tê bề mặt nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật: người bệnh và/hoặc người đại diện ký.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại chất làm đầy, đúng vùng tiêm…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; xác nhận hyaluronidase có sẵn tại phòng; kiểm tra tên sản phẩm, số lô, hạn dùng.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu cao

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: bôi thuốc tê bề mặt hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh dấu đường giữa sống mũi, vùng cần làm đầy và các mốc mạch máu nguy hiểm (động mạch góc, động mạch lưng mũi, động mạch trên ròng rọc).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn kỹ vùng mũi và vùng lân cận.

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ nếu cần.

6.4. Bước 4: Tiêm chất làm đầy

- Tiêm ở lớp sát màng xương, màng sụn, đúng đường giữa sống mũi.
- Bơm chậm, áp lực thấp, lượng nhỏ mỗi lần; tổng thể tích mỗi buổi tiêm không quá 1 ml; cần thêm thì hẹn buổi sau, cách ít nhất 2 tuần.
- Quan sát da mũi, da vùng giữa hai mày liên tục trong khi tiêm; hỏi người bệnh về thị lực, đau mắt. Tái nhợt, mảng tím, đau bất thường, nhìn mờ thì ngừng tiêm ngay và xử trí theo mục 7.2.

6.5. Bước 5: Nắn chỉnh nhẹ tạo đường nét sống mũi, tránh đẩy chất làm đầy lan sang hai bên; đánh giá sự cân đối.

6.6. Bước 6: Ghi chép

- Ghi vào hồ sơ: tên sản phẩm, số lô, hạn dùng, thể tích tiêm từng vị trí (vẽ trên lược đồ), loại và cỡ kim hoặc cannula; dán tem sản phẩm vào hồ sơ bệnh án.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật, kiểm tra lại thị lực.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau tiêm, các dấu hiệu cần báo ngay, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: màu da mũi, hồi lưu mao mạch, đau, sưng nề; thị lực. Theo dõi tại chỗ 30 phút sau thủ thuật, kiểm tra thị lực trước khi cho về.
- Dặn người bệnh tránh xoa nắn, đè ép vùng mũi trong 48 giờ; báo ngay khi đau tăng, da mũi tái hoặc tím, mảng lưới, mụn mủ, nhìn mờ, đau mắt, nói khó, yếu tay chân.
- Đánh giá kết quả sau 5 – 7 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ… Xử trí: chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thuốc chống dị ứng, chuyển viện nếu cần.
- Tắc mạch: đau bất thường, da mũi hoặc vùng giữa hai mày tái nhợt rồi tím, mảng lưới, hồi lưu mao mạch chậm. Xử trí: ngừng tiêm ngay, ghi giờ phát hiện; tiêm hyaluronidase thấm toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng theo phác đồ xử trí tắc mạch của

phòng khám (khoảng 500 đơn vị cho mỗi vùng da cấp máu bị ảnh hưởng (1.000 đơn vị cho 2 vùng, 1.500 đơn vị cho 3 vùng), nhắc lại mỗi giờ đến khi màu da và hồi lưu mao mạch trở lại bình thường), xoa bóp, chườm ấm; theo dõi sát đến khi tưới máu phục hồi; không cải thiện thì chuyển cơ sở chuyên khoa.

- Rối loạn thị giác (nhìn mờ, mất thị lực, đau mắt, sụp mi, liệt vận nhãn) hoặc dấu hiệu thần kinh (nói khó, yếu nửa người). Xử trí: cấp cứu khẩn cấp, ngừng tiêm, gọi cấp cứu 115, chuyển ngay đến cơ sở nhãn khoa hoặc bệnh viện có khả năng can thiệp; tiêm hyaluronidase vùng da liên quan trong khi chờ chuyển, không làm chậm chuyển viện.
- Chảy máu, bầm tím tại điểm tiêm. Xử trí: ấn ép bằng gạc, chườm lạnh.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Sưng nề, bầm tím vùng mũi. Xử trí: chườm lạnh, theo dõi.
- Hoại tử da mũi do tắc mạch phát hiện muộn. Xử trí: hyaluronidase theo phác đồ, chăm sóc tại chỗ, chuyển cơ sở chuyên khoa nếu cần.
- Nhiễm trùng: vùng tiêm sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: kháng sinh, chích rạch dẫn lưu nếu áp xe, cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phản ứng viêm, dị ứng tại chỗ. Xử trí: thuốc kháng viêm, kháng histamin.

7.4. Biến chứng muộn

- Chất làm đầy lan rộng làm sống mũi bè, lệch sống mũi, nốt, gồ. Xử trí: xoa bóp, hòa tan chất làm đầy bằng hyaluronidase nếu cần.
- Nốt viêm muộn. Xử trí: hội chẩn, điều trị tùy theo tổn thương.
- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi. Xử trí: tiêm bổ sung hoặc hòa tan chất làm đầy nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

5. DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. Aesthet Surg J 37(7):814-825, 2017.

6. Murray G, Convery C, Walker L, Davies E. Guideline for the Safe Use of Hyaluronidase in Aesthetic Medicine, Including Modified High-dose Protocol. J Clin Aesthet Dermatol 14(8):E69-E75, 2021.

7. Beleznay K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Dermatol Surg 41(10):1097-1117, 2015.

8. Non-surgical rhinoplasty: đa số phác đồ dùng dưới 1 ml mỗi lần (The Plastics Fella, dẫn Radulesco và cs.).

9. Thông tin liên hệ Bệnh viện Chợ Rẫy (medpro.vn, pharmacity.vn, Tổng Lãnh sự quán Singapore tại TP.HCM), tra ngày 29/10/2026; tên phường theo địa giới sau sắp xếp từ 01/7/2025.

Mã 494 — TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY ĐỘN MÔ

Soạn theo quy trình tương tự của Bộ Y tế: QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 256 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh nửa mặt bằng chất làm đầy"; QĐ 3073/QĐ-BYT, Tập 1, quy trình số 257 "Phẫu thuật tạo hình thiểu sản bẩm sinh toàn bộ mặt bằng chất làm đầy"; tham khảo cũ: QĐ 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018, quy trình số 214 "Tiêm chất làm đầy độn mô" — bản nháp, bác sĩ phụ trách chuyên môn rà soát trước khi ban hành — Kỹ thuật của phòng khám: mã 494 · Tiêm chất làm đầy độn mô

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Mất thể tích mô mềm vùng mặt (cằm, đường viền hàm…) do lão hóa, sụt cân, bẩm sinh hoặc sau chấn thương, phẫu thuật làm khuôn mặt hốc hác, mất cân đối. Tiêm chất làm đầy độn mô là kỹ thuật tiêm chất làm đầy vào lớp dưới da hoặc trên màng xương để bù đắp thể tích mô mềm bị thiếu hụt.
- Nguyên lý: Chất làm đầy bù đắp thể tích tại vùng thiếu hụt, nâng đỡ mô mềm, tạo đường nét khuôn mặt. Quy trình này áp dụng cho chất làm đầy acid hyaluronic (HA) có thể hòa tan bằng hyaluronidase; phòng khám dùng loại chất làm đầy khác thì cần quy trình riêng (phòng khám chỉ dùng chất làm đầy HA). Các vùng phòng khám thực hiện: cằm, đường viền hàm.
- Mục đích của kỹ thuật:
- + Bù đắp thể tích mô mềm bị thiếu hụt
- + Cải thiện đường nét, sự cân đối, hài hòa của khuôn mặt
- + Cải thiện tạm thời biến dạng mô mềm mức độ nhẹ

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất thể tích mô mềm vùng cằm, đường viền hàm
- Mất cân xứng mô mềm vùng mặt mức độ nhẹ đến trung bình
- Người bệnh trưởng thành có mong muốn điều trị và kỳ vọng phù hợp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thành phần của chất làm đầy (HA, lidocain có trong sản phẩm)
- Nhiễm trùng, viêm nhiễm cấp tại vùng tiêm
- Vùng đã tiêm chất làm đầy không rõ loại, chất làm đầy không tiêu hoặc silicon lỏng
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Phụ nữ có thai, đang cho con bú
- Kỳ vọng không thực tế về kết quả điều trị

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu

- Bệnh tự miễn, tiền sử sẹo lồi
- Tiền sử tiêm chất làm đầy hoặc phẫu thuật vùng mặt trước đây (hỏi rõ loại chất, thời điểm)
- Vùng tiêm có mạch máu lớn đi qua (cằm: động mạch cằm, động mạch dưới cằm; đường viền hàm: động mạch mặt): nguy cơ tắc mạch gây hoại tử da, giảm hoặc mất thị lực, đột quỵ, kể cả khi tiêm đúng kỹ thuật
- Vùng cần thể tích lớn: cân nhắc chia nhiều lần tiêm (mỗi buổi không quá 2 ml cho một vùng ở mỗi bên, các buổi cách nhau 2 – 4 tuần)
- Giải thích rõ cho người bệnh về tính chất tạm thời của kết quả

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 1 người, được đào tạo về giải phẫu mạch máu vùng mặt và xử trí tắc mạch do chất làm đầy
- Điều dưỡng: 1 người

5.2. Thuốc

- Chất làm đầy HA có số đăng ký lưu hành tại Việt Nam, phù hợp độn mô (tên sản phẩm: ghi theo sản phẩm phòng khám đang nhập, đối chiếu sổ nhập hàng và tem sản phẩm dán vào hồ sơ từng ca), còn nguyên niêm phong, còn hạn dùng
- Thuốc tê bôi bề mặt; thuốc tê lidocain nếu cần gây tê tại chỗ
- Dung dịch sát khuẩn da
- Hyaluronidase có sẵn tại phòng trước mỗi ca tiêm (hyaluronidase dạng bột đông khô 1.500 đơn vị/lọ, có số đăng ký hoặc giấy phép nhập khẩu; dự trữ tối thiểu 4 lọ (6.000 đơn vị), đủ cho liều cao xử trí tắc mạch nhiều vùng trong vài giờ đầu)
- Dung dịch natri clorid 0,9%
- Hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT

5.3. Thiết bị y tế

- Kim tiêm hoặc cannula đầu tù chuyên dụng (cannula đầu tù 25G hoặc 22G; kim 27G cho tiêm điểm trên màng xương)
- Bơm tiêm: 1 ml, 3 ml, 5 ml; kim tiêm dùng 1 lần
- Các loại gạc vô khuẩn
- Găng tay khám, găng tay vô khuẩn
- Khẩu trang, mũ
- Bút đánh dấu da
- Túi chườm lạnh, gạc ấm
- Đèn chiếu sáng
- Máy chụp ảnh

- Bảng hướng dẫn xử trí tắc mạch treo tại phòng; số điện thoại cơ sở nhãn khoa, bệnh viện tiếp nhận cấp cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy (201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn; cổng cấp cứu góc Nguyễn Chí Thanh – Thuận Kiều, mở 24/24; điện thoại (028) 3855 4137, (028) 3855 4138); gọi 115 song song. Gọi thử xác minh số trước khi in
- Các dụng cụ và trang thiết bị khác cho phòng thực hiện kỹ thuật

5.4. Người bệnh

- Khám toàn thân: tuổi, tiền sử bệnh tật (nội khoa, ngoại khoa, dị ứng), thuốc đang sử dụng, tình trạng thai nghén, cho con bú, các chỉ số sinh tồn.
- Khám tại chỗ: đánh giá vùng thiếu hụt mô mềm, mức độ mất thể tích, sự cân xứng hai bên, tình trạng da vùng tiêm; tiền sử tiêm chất làm đầy, phẫu thuật vùng mặt.
- Chụp ảnh trước điều trị.
- Người bệnh được giải thích rõ trước thủ thuật về kết quả dự kiến, tính chất tạm thời, số lần tiêm dự kiến, các tai biến có thể gặp, đặc biệt nguy cơ tắc mạch, hoại tử da, ảnh hưởng thị lực.
- Chuẩn bị trước thủ thuật: tẩy trang, rửa sạch vùng mặt; bôi thuốc tê bề mặt nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án theo quy định.
- Phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật: người bệnh và/hoặc người đại diện ký.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 60 phút tùy số vùng điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng loại chất làm đầy, đúng vùng tiêm…
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; xác nhận hyaluronidase có sẵn tại phòng; kiểm tra tên sản phẩm, số lô, hạn dùng.
- c. Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu cao

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KĨ THUẬT

Vô cảm: bôi thuốc tê bề mặt hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1: Đánh dấu vùng thiếu hụt mô mềm cần bù đắp và các mốc mạch máu nguy hiểm theo từng vùng.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn kỹ vùng tiêm; sát khuẩn lại khi chuyển vùng.

6.3. Bước 3: Gây tê tại chỗ nếu cần.

6.4. Bước 4: Tiêm chất làm đầy

- Tiêm vào lớp dưới da hoặc trên màng xương tùy theo vùng, phân bố đều để đạt sự cân xứng; ưu tiên cannula đầu tù ở vùng nguy cơ cao.
- Bơm chậm, áp lực thấp, lượng nhỏ mỗi lần; kim hoặc cannula luôn di chuyển khi bơm.
- Quan sát da liên tục trong khi tiêm: tái nhợt, mảng tím, đau bất thường thì ngừng tiêm ngay và xử trí theo mục 7.2.

6.5. Bước 5: Nắn chỉnh nhẹ sau tiêm, tránh vón cục; đánh giá sự cân xứng hai bên.

6.6. Bước 6: Ghi chép

- Ghi vào hồ sơ: tên sản phẩm, số lô cho mỗi bơm, hạn dùng, thể tích tiêm từng vùng (vẽ trên lược đồ), loại và cỡ kim hoặc cannula; dán tem sản phẩm vào hồ sơ bệnh án.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau tiêm, các dấu hiệu cần báo ngay, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng tại chỗ: màu da, hồi lưu mao mạch, đau, sưng nề; thị lực. Theo dõi tại chỗ 30 – 60 phút sau thủ thuật trước khi cho về.
- Dặn người bệnh tránh xoa nắn mạnh vùng tiêm trong 48 giờ; báo ngay khi đau tăng, da tái hoặc tím, mảng lưới, mụn mủ, nhìn mờ, đau mắt, nói khó, yếu tay chân.
- Đánh giá kết quả sau 7 – 10 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Tai biến của gây tê: dị ứng, phản ứng thuốc, sốc phản vệ… Xử trí: chống sốc theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, thuốc chống dị ứng, chuyển viện nếu cần.
- Tắc mạch: đau bất thường, da tái nhợt rồi tím, mảng lưới, hồi lưu mao mạch chậm. Xử trí: ngừng tiêm ngay, ghi giờ phát hiện; tiêm hyaluronidase thấm toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng theo phác đồ xử trí tắc mạch của phòng khám (khoảng 500 đơn vị

cho mỗi vùng da cấp máu bị ảnh hưởng (1.000 đơn vị cho 2 vùng, 1.500 đơn vị cho 3 vùng), nhắc lại mỗi giờ đến khi màu da và hồi lưu mao mạch trở lại bình thường), xoa bóp, chườm ấm; theo dõi sát đến khi tưới máu phục hồi; không cải thiện thì chuyển cơ sở chuyên khoa.

- Rối loạn thị giác (nhìn mờ, mất thị lực, đau mắt, sụp mi, liệt vận nhãn) hoặc dấu hiệu thần kinh (nói khó, yếu nửa người). Xử trí: cấp cứu khẩn cấp, ngừng tiêm, gọi cấp cứu 115, chuyển ngay đến cơ sở nhãn khoa hoặc bệnh viện có khả năng can thiệp; tiêm hyaluronidase vùng da liên quan trong khi chờ chuyển, không làm chậm chuyển viện.
- Chảy máu, bầm tím tại điểm tiêm. Xử trí: ấn ép bằng gạc, chườm lạnh.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Sưng nề, căng tức, bầm tím vùng tiêm trong 24 – 48 giờ. Xử trí: chườm lạnh, theo dõi.
- Hoại tử da do tắc mạch phát hiện muộn. Xử trí: hyaluronidase theo phác đồ, chăm sóc tại chỗ, chuyển cơ sở chuyên khoa nếu cần.
- Nhiễm trùng: vùng tiêm sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: kháng sinh, chích rạch dẫn lưu nếu áp xe, cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Phản ứng viêm, dị ứng tại chỗ, tụ dịch. Xử trí: thuốc kháng viêm, kháng histamin, chọc hút nếu cần.

7.4. Biến chứng muộn

- Nốt, cục, gồ, di chuyển chất làm đầy. Xử trí: xoa bóp, hòa tan chất làm đầy bằng hyaluronidase nếu cần.
- Nốt viêm muộn. Xử trí: hội chẩn, điều trị tùy theo tổn thương.
- Kết quả thẩm mỹ không như mong đợi: không đều, mất cân xứng hai bên. Xử trí: tiêm bổ sung hoặc hòa tan chất làm đầy nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), Quyết định số 3073/QĐ-BYT ngày 02/10/2026 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tạo hình & Thẩm mỹ - Tập 1".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình – Thẩm mỹ".

3. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

4. Trần Thiết Sơn (2018), "Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ", Nhà xuất bản Y học.

5. DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. Aesthet Surg J 37(7):814-825, 2017.

6. Murray G, Convery C, Walker L, Davies E. Guideline for the Safe Use of Hyaluronidase in Aesthetic Medicine, Including Modified High-dose Protocol. J Clin Aesthet Dermatol 14(8):E69-E75, 2021.

7. Beleznay K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Dermatol Surg 41(10):1097-1117, 2015.

8. Thông tin liên hệ Bệnh viện Chợ Rẫy (medpro.vn, pharmacity.vn, Tổng Lãnh sự quán Singapore tại TP.HCM), tra ngày 29/10/2026; tên phường theo địa giới sau sắp xếp từ 01/7/2025.

Phụ lục

Phụ lục. Bảng kiểm giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật (TC 4.8)

*Dùng chung cho mọi kỹ thuật trong danh mục. Người giám sát (bác sĩ phụ trách chuyên môn hoặc người được phân công) quan sát trực tiếp và/hoặc đối chiếu hồ sơ. Tần suất gợi ý: ít nhất 2 ca/tháng (tháng có ít hơn 2 ca thì giám sát tất cả), chọn ngẫu nhiên. Tổng hợp tỷ lệ tuân thủ mỗi quý, báo cáo trong họp chuyên môn; mục "Không" ở các dòng có dấu (*) là **lỗi nghiêm trọng**, phải nhắc nhở ngay và ghi biện pháp khắc phục.*

Ngày giám sát: …… /…… /…… Mã KH: KH-…… Kỹ thuật (mã – tên): ……

Người thực hiện: …… Người giám sát: …… Hình thức: ☐ Quan sát trực tiếp ☐ Đối chiếu hồ sơ

TT	Nội dung kiểm tra	Có	Không	Ghi chú
A	**Trước phẫu thuật**			
1	Hồ sơ bệnh án có mã KH, khám và chẩn đoán, chỉ định kỹ thuật rõ ràng	☐	☐	
2	(*) Phiếu đồng ý phẫu thuật đã ký trước khi làm; phiếu thông báo chi phí đã giao	☐	☐	
3	Tiền sử dị ứng, bệnh nền, thuốc đang dùng (chống đông…) được ghi nhận	☐	☐	
4	Xét nghiệm theo chỉ định có kết quả trong hồ sơ (nếu có chỉ định)	☐	☐	
5	Cân nặng được ghi; liều thuốc tê tối đa đã tính trước theo bảng liều của phòng khám	☐	☐	
6	Ảnh trước phẫu thuật đã chụp và lưu	☐	☐	
7	Đánh dấu vị trí/bên phẫu thuật khi người bệnh còn tỉnh, ngồi	☐	☐	
B	**Time-out (trước rạch da)**			
8	(*) Đối chiếu người bệnh: họ tên + năm sinh + mã KH	☐	☐	
9	(*) Đúng kỹ thuật, đúng vị trí/bên được cả kíp xác nhận bằng lời	☐	☐	
10	Vật liệu độn / chỉ / thuốc: đúng loại, cỡ, còn hạn	☐	☐	
11	(*) Hộp chống sốc phản vệ, thuốc cấp cứu, monitor, oxy sẵn sàng	☐	☐	
C	**Vô khuẩn**			

TT	Nội dung kiểm tra	Có	Không	Ghi chú
12	Vệ sinh tay ngoại khoa; mặc áo, đội mũ, khẩu trang, găng vô khuẩn	☐	☐	
13	Dụng cụ có chỉ thị tiệt khuẩn đạt, còn hạn; gói dụng cụ nguyên vẹn	☐	☐	
14	Sát khuẩn vùng mổ đúng, đủ rộng; trải săng vô khuẩn	☐	☐	
15	Duy trì vô khuẩn trong mổ (không chạm vật nhiễm, thay găng khi cần, vật liệu độn ít tiếp xúc)	☐	☐	
D	**Vô cảm và trong phẫu thuật**			
16	Thuốc tê đúng loại, đúng nồng độ, có nhãn trên bàn dụng cụ	☐	☐	
17	(*) Tổng liều thuốc tê không vượt liều tối đa đã tính	☐	☐	Liều dùng: …… mg
18	Hút ngược trước khi bơm thuốc tê; tiêm chậm	☐	☐	
19	Theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2 trong mổ, có ghi lại	☐	☐	
20	Các bước kỹ thuật thực hiện theo quy trình ban hành	☐	☐	
21	Kiểm đếm gạc, kim, dụng cụ trước khi đóng (nếu áp dụng)	☐	☐	
E	**Sau phẫu thuật**			
22	(*) Phiếu phẫu thuật (06/BV2) ghi đầy đủ: phương pháp, vô cảm, liều thuốc tê, diễn biến, người thực hiện	☐	☐	
23	Nhãn lô vật liệu độn dán/ghi vào hồ sơ (nếu có dùng)	☐	☐	
24	Theo dõi sau mổ đủ thời gian; dấu hiệu sinh tồn trước khi về được ghi	☐	☐	
25	Kiểm tra riêng theo kỹ thuật (thị lực với phẫu thuật mắt; màu da đầu mũi; vùng lấy sụn tai…)	☐	☐	
26	Toa thuốc đã kê và giải thích	☐	☐	
27	Dặn dò chăm sóc tại nhà và dấu hiệu cần quay lại ngay; có số điện thoại liên hệ	☐	☐	
28	Lịch tái khám / cắt chỉ đã đặt trên phần mềm	☐	☐	
29	Ảnh sau phẫu thuật đã chụp và lưu	☐	☐	
30	Tai biến/sự cố (nếu có) được ghi hồ sơ và báo cáo sự cố	☐	☐	☐ Không có tai biến

Kết quả: Số mục "Có": …… / số mục áp dụng: …… → Tỷ lệ tuân thủ: …… %. Lỗi nghiêm trọng (*): ☐ Không ☐ Có — mục số: ……

Nhận xét / biện pháp khắc phục: ……

Người được giám sát (ký): …… Người giám sát (ký): ……

Phụ lục 1. Bảng kiểm nhanh trước tiêm chất làm đầy HA (in, điền tay, lưu hồ sơ)

STT	Nội dung kiểm tra	Có	Không	Ghi chú
1	Đối chiếu mã KH + họ tên + năm sinh	☐	☐	
2	Phiếu đồng ý đã ký (bác sĩ và người bệnh)	☐	☐	
3	Đã hỏi tiền sử tiêm chất làm đầy / phẫu thuật vùng tiêm	☐	☐	
4	Sản phẩm có số lưu hành tại VN, còn hạn, còn niêm phong	☐	☐	Lô: …… HD: ……
5	**Hyaluronidase có sẵn trong phòng, đủ liều, còn hạn**	☐	☐	Số lọ: ……
6	Hộp chống sốc đầy đủ	☐	☐	
7	Đã ghi số lô và dán tem sản phẩm vào hồ sơ	☐	☐	
8	Đã dặn dấu hiệu cần báo ngay, số điện thoại liên hệ	☐	☐	

Ngày ……/……/…… Bác sĩ thực hiện: …… Điều dưỡng: ……

Phụ lục 2. Sổ kiểm tra bộ xử trí tắc mạch (điều dưỡng ký hằng ngày)

Ngày	Hyaluronidase (số lọ)	Hạn dùng gần nhất	Bơm kim, nước pha đủ	Aspirin, gạc ấm	Bảng hướng dẫn treo tại phòng	Người kiểm tra (ký)
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Phụ lục 3. Nhãn bệnh phẩm giải phẫu bệnh (mẫu)

Mã KH	Họ tên	Năm sinh	Vị trí lấy (số trên lược đồ)	Ngày giờ lấy	Bác sĩ