

**SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG TÂM AN GIANG**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

---



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ  
KHOA MẮT**

**-2012-**

# MẮT HỘT (TRACHOMA)

## ĐỊNH NGHĨA :

Bệnh mắt hột là một bệnh viêm đặc hiệu mãn tính của kết mạc sụn mi, kết mạc nhãn cầu và giác mạc, nếu không điều trị, tạo sẹo dẫn đến mù lòa.

Tác nhân gây bệnh là Chlamydia trachomatis.

## CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG :

1. Vùng dịch tế có mắt hột.
2. Khám có hột ở kết mạc sụn mi trên.
3. Khám lông quặm.
4. Khám tân mạch giác mạc, đục giác mạc.

## PHÂN LOẠI THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI 1987 :

1. Viêm mắt hột (TF) : có 05 hột trở lên.
2. Viêm mắt hột nặng (FI).
3. Sẹo mắt hột (TS).
4. Mông quặm mắt hột (TT).
5. Đục giác mạc (CO) : Giảm thị lực.

## PHÂN LOẠI THEO VIỆT NAM :

- T<sub>I</sub> : Hột, mi trên, thâm lậu ít.  
T<sub>II</sub> : Hột, mi trên, dưới, giác mạc.  
T<sub>III</sub> : Sẹo + Hột + Thâm lậu (+).  
T<sub>IV</sub> : Sẹo + Thâm lậu (-).

## ĐIỀU TRỊ :

1. Thuốc nhỏ mắt :  
Coll Tobramycine 0,3%.  
Coll Cifloxacin 0,3%.
  2. Thuốc tra mắt :  
Thuốc mỡ Tetracycline 1%, tra mắt ngày 02 lần.  
Pd oflovid 0,3% tra mắt ngày 02 lần.
  3. Thuốc uống :
  4. Tetracycline 250mg/viên x 04 lần / ngày.  
Có thể dùng Erythromycine nếu thấy kháng Te'tracycline trên lâm sàng.  
Phác đồ điều trị ngắt quãng của TTYTTG : thuốc mỡ Te'tracycline 1%.
    - Ngày tra 02 lần.
    - Mỗi tháng 05 ngày.
    - Mỗi năm dùng 06 tháng liên tiếp.
- Hoặc :
- Ngày tra 10 lần.
  - Mỗi tháng 10 ngày.
  - Mỗi năm 06 tháng liên tiếp.

Nếu tái phát điều trị lại ( Bệnh miễn dịch yếu, có thể tái nhiễm.)

## ĐIỀU TRỊ BỆNH LÔNG QUẠM

Thông thường áp dụng 02 phẫu thuật :

### 1/ PT. SNELLEN; CUNEO NATAF :

Thì 1 : Rạch da dọc chiều dài mi, cách bờ mi 03<sup>mm</sup>.

Thì 2 : Cắt bỏ da (nếu cần) và cơ vòng cung mi.

Thì 3 : Cắt bỏ một phần sụn mi chữ V.

Đóng vết mổ bằng 04 -05 mũi rồi cắt chỉ sau 05 ngày.

### 2/ PT. PANAS :

Giống như trên, nhưng cắt đứt hoàn toàn sụn mi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học của mi mắt kết mạc và giác mạc. Hội nhãn khoa Mỹ 1995 -1996 (TL dịch). Trang 70 - 71.

2. Chăm sóc mắt ở các nước đang phát triển. LARRY SHWAB (TL dịch), 1996

## VIÊM KẾT MẠC

Viêm kết mạc bao gồm nhiều nguyên nhân khác nhau. Chẩn đoán theo nguyên nhân để điều trị thích hợp, đây là bệnh thường gặp nhất tại phòng khám bệnh.

### VIÊM KẾT MẠC MŨ.

#### CHẨN ĐOÁN :

Viêm kết mạc mũ thường ở một hay hai mắt. Thường không có hạch trước tai.

#### PHÂN LOẠI LÂM SÀNG:

KHỞI PHÁT	MỨC ĐỘ	TÁC NHÂN
Chậm (ngày -> tuần)	Nhẹ -> Vừa	Tụ cầu vàng <i>Moraxella</i> Trực khuẩn mũ xanh
Bán cấp cấp (Giờ -> ngày)	Vừa -> Nặng	Tụ cầu vàng phế cầu <i>Hemophilus</i>
Tối cấp (< 24 giờ)	Nặng	Lậu cầu Não mô cầu

#### ĐIỀU TRỊ :

##### 1. Viêm kết mạc mãn tính :

- Thuốc nhỏ : Gentamycine 0,3%, Tobramycine 0.3%.

- Thuốc uống : Erythromycine 02g/ngày/tuần, Cephalexin 0,5g 1,5g/ ngày/ tuần.

**2. Viêm kết mạc bán cấp :**

- Thuốc nhỏ : Ciprofloxacin 0.3%
- Thuốc uống : Ciprofloxacin 0,5g 1g/ ngày/ tuần

**3. Viêm kết mạc lậu cầu ở người lớn :**

- Cần điều trị bằng kháng sinh toàn thân.
- (Kháng PNC 7,4% ở Mỹ 1989).

- Ceftriaxone 1g/ngày tiêm TM (nếu không có loét ở giác mạc).
- Ceftriaxone 1g x 02 lần/ngày tiêm TM (nếu có loét ở giác mạc). có thể uống Ofloxacin 200mg/viên x 02 lần/ngày/05 ngày.

- Tai mắt :
  - + Dùng thuốc nhỏ Tobramycine 0.3% nhỏ 6 lần/ ngày
  - + Dùng thuốc mỡ Tobramycine 0.3% tra 3 lần/ ngày.

Điều trị bổ sung vì thường có nhiễm thêm Chlamydia (33%). Tetracycline 500mg

**4. Viêm kết mạc lậu cầu ở sơ sinh :**

Xuất hiện vào 02 đến 05 ngày sau sinh.

- Toàn thân:Tiêm bắp hoặc tĩnh mạch Ceftriaxone 50-100mg/kg/ x 7 ngày
- Thuốc nhỏ: Gentamycine 0.3% nhỏ 6 lần / ngày, Tobramycine 0.3%

## **VIÊM KẾT MẠC KHÔNG MŨ**

**1. Viêm kết mạc do virus :**

- Thị lực thường không bị ảnh hưởng.
- Viêm thường bị cả 02 mắt.
- Kết mạc đỏ tủa lan.
- Thường có hạch trước tai.
- Có thể có hạt ở kết mạc.

**ĐIỀU TRỊ :**

- Thuốc nhỏ : Coll.Chloramphenicol 0.4% nhỏ 6 lần / ngày, Coll Tobramycine 0,3%nhỏ 6 lần / ngày.
- Thuốc mỡ : Tetracycline 0.1% 02 lần/ngày, Tobramycine 0,3% tra3 lần/ ngày.

**Chú ý :** Không dùng thuốc nước hoặc thuốc mỡ Corticoide để điều trị mắt đỏ khi chưa có chẩn đoán bệnh căn rõ ràng.

**2. Viêm kết mạc dị ứng :**

- Xảy ra theo mùa.
- Tạng bệnh dị ứng.

**ĐẶC ĐIỂM :**

- Thị lực không ảnh hưởng.

- Không có hạch trước tai.
- Có u nhú ở kết mạc, nhãn cầu + sụn.

### **ĐIỀU TRỊ :**

- Thuốc uống: kháng histamine
- Thuốc nhỏ: kháng histamine ( Pataday ; olopatadine hydrochloride ophthalmic solution) 0.2% nhỏ 1 lần/ ngày

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Larry Shwab, Eye Care in Developing Nations 1996. Trang 94 – 97.
2. Basic & Clinical Science Course, American Academy, Association, 1995 – 1996. Trang 68 – 69.

## **KHÔ MẮT (XEROSIS)**

Khô mắt dùng để chỉ những biến đổi ở mắt do thiếu sinh tố A

Khô mắt không là một bệnh riêng lẻ mà xảy ra cùng suy dinh dưỡng. Do đó điều trị bao gồm phục hồi dinh dưỡng.

### **PHÂN LOẠI KHÔ MẮT (Theo TCYTTG):**

- X<sub>N</sub> = Quáng gà.
- X<sub>1A</sub> = Khô giác mạc.
- X<sub>1B</sub> = Vệt Bitot
- X<sub>2</sub> = Khô giác mạc.
- X<sub>3A</sub> = Loét giác mạc, khô nhuyễn M/G dưới 1/3 diện tích.
- X<sub>3B</sub> = Loét giác mạc, ≥ 1/3 diện tích giác mạc.
- X<sub>S</sub> = Sẹo giác mạc do khô giác mạc.
- X<sub>F</sub> = Tổn hại đáy mắt do khô mắt.

Phác đồ điều trị cho trẻ từ 1 đến 6 tuổi.

Ngày sau khi chẩn đoán: 200.000đv sinh tố A uống.

Ngày hôm sau : 200.000đv sinh tố A uống.

Bốn tuần sau : 200.000đv sinh tố A uống.

Nếu nôn hoặc ỉa chảy dùng 100.000đv sinh tố A, tiêm bắp.

Phác đồ dự phòng :

- Trước tuổi đi học.
- Có nhiều nguy cơ : Sởi, suy dinh dưỡng, viêm hô hấp, ỉa chảy.

Trước từ 01 đến 06 tuổi : 200.000đv sinh tố A uống.

Trẻ dưới 01 tuổi : 200.000đv sinh tố A uống hoặc nặng < 08kg.

Phác đồ phân phối rộng rãi :

- Trẻ trước tuổi đi học.
- Bà mẹ cho con bú.
- Trẻ 01 tuổi – 06 tuổi : 200.000đv sinh A uống.  
03 – 06 tháng/1 lần.
- 06 – 12 tháng : 100.000đv sinh tố A uống.  
03 – 06 tháng/1 lần.

## **VIÊM LOÉT GIÁC MẠC**

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn có thể gây ra sẹo giác mạc vĩnh viễn. Loét giác mạc là một hình thức mất chất hoặc nhiễm trùng của một hoặc nhiều lớp giác mạc. Phát hiện và điều trị sớm loét giác mạc sẽ giảm hoặc ngăn ngừa sẹo đục giác mạc gây tổn hại thị lực.

### **1. LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN HOẶC DO VIRUS HOẶC DO CẢ HAI**

Triệu chứng cơ năng đau nhức, chảy nước mắt sống và giảm thị lực.

#### **VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN :**

- Kết mạc cương tụ.
- Giác mạc có đốm trắng có mũ.
- Phản ứng thể mi (+).
- Có mũ hoặc không có trong tiền phòng.

#### **CHẨN ĐOÁN CHẤT TIẾT :**

Nhuộm Gram, kháng sinh đồ.

#### **ĐIỀU TRỊ :**

- Thuốc nhỏ: Gentamycine 0.3% nhỏ 6 lần / ngày, Coll Vigamox 0,5% nhỏ 6 lần / ngày
- Thuốc mỡ Tobramycine 0.3% tra 3 lần / ngày, Pd Oflovid 0,3% tra 3 lần / ngày
- Kháng sinh toàn thân: tiêm Gentamycine 80mg 2 ống TB/ ngày, ceftriaxone 1g 2g / ngày TM, uống ciprofloxacin 0.5g 1g/ ngày.

### **2. LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM :**

- Thường xảy ra sau chấn thương giác mạc.

#### **LÂM SÀNG :**

- Giảm thị lực và đau nhức.
- Loét giác mạc dai dẳng sau khi điều trị kháng sinh 03 ngày đến 01 tuần mà không cải thiện.

#### **ĐIỀU TRỊ :**

Thuốc kháng nấm :

- Nhỏ : Collyre Ketoconazol, Collyre Natatine.

- Uống : Ketoconazol 200mg 400mg / ngày, Sporol100mg / ngày

### **3. VIÊM GIÁC MẠC DO VIRUS :**

#### **a. Herpes simplex:**

#### **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG :**

Viêm giác mạc hình chấm, hình sợi, hình đĩa, hình bản đồ.

- Cảm giác giác mạc giảm.
- Giảm thị lực.

#### **ĐIỀU TRỊ :**

- Thuốc nhỏ: Idoxuridin (IDUVIRAN)/trong 02 tuần. Triherpine 1% (Trifluridine 1%) nhỏ 6 lần / ngày trong 2 tuần
- Thuốc mỡ: Zovirax tra 2 lần / ngày.

**Chú ý :** Không được dùng corticoide, bệnh hay tái phát, tự khỏi trong 03 tuần. có thể uống Acyclovir 200mg 800mg/ngày trong 02 tuần

Dạng tái phát thường là : Viêm giác mạc hình đĩa. Cần chẩn đoán phân biệt với :

- Thủy đậu.
- Bệnh Zona.
- Nhiễm Epstein Barr

#### **a. Viêm giác mạc do Zona : chiếm 70% bệnh Zona**

- Giảm cảm giác giác mạc.
- Viêm biểu mô hình cành cây.
- Loét nhu mô và thủng giác mạc.
- Viêm màng bồ đào phối hợp + viêm giác mạc nhu mô, gây tăng nhãn áp và teo mỏng mắt khu vực.

#### **ĐIỀU TRỊ :**

- Thuốc uống: Acyclovir 200mg 800mg x 2 lần /ngày/10 ngày.
- Thuốc nhỏ giống như viêm giác mạc do Herpes simplex, nếu có bội nhiễm phối hợp kháng sinh nhỏ hoặc uống

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Larry Shwab, Eye Care in Developing Nations 1996.
2. Basic & Clinical Science Course, AN NINH, 1995 – 1996.
- 3.

## **GLAUCOME**

Để xác định Glaucome, thường cần có ít nhất 02 trong 03 tiêu chuẩn sau :

- Nhãn áp cao  $\geq 21$  mmHg Shiotz.
- Thu hẹp thị trường.
- Tổn hại thị thần kinh : Soi đáy mắt (C/D = 0,3).

## **PHÂN LOẠI :**

### **1. Glaucome góc mở nguyên phát :**

- Thường do vùng bè xơ hóa, dẫn lưu thủy dịch giảm, nhãn áp tăng từ từ, nên không đau nhiều.
- Có thể di truyền.
- Thường xảy ra ở 02 mắt.
- Tiền phòng sâu
- Thị lực giảm từ từ.
- Bệnh đến muộn do không đau nhức.

### **2. Glaucome góc đóng nguyên phát :**

- Cấp tính, đau nhức, vùng bè bít đột ngột, tắc nghẽn lưu thông thủy dịch.
- Tiền phòng thường nông hơn bình thường.
- Là bệnh ở 02 mắt, nhưng hiếm khi xảy ra cùng một lúc
- Thường gặp ở nước ta.

### **3. Glaucome thứ phát :**

Do bệnh lý, chấn thương, sau phẫu thuật lấy thể thủy tinh, khối u, viêm màng bồ đào...

### **4. Glaucome bẩm sinh :**

- Do bất thường ở góc tiền phòng.
- Bệnh cả 02 mắt.
- Gặp tất cả các nước, bệnh nặng cần phẫu thuật sớm.

## **ĐIỀU TRỊ :**

### **A. NGUYÊN TẮC :**

Điều chỉnh nhãn áp để không gây tổn hại cho thị thần kinh và võng mạc bằng thuốc, phẫu thuật.

### **B. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA :**

#### **1. Pilocarpine 1% - 6% :**

- Nhóm giống đối giao cảm làm co đồng tử tăng cường lưu thông thủy dịch từ tiền phòng qua vùng bè.
- Tác dụng phụ : Nhức đầu, mờ mắt, rối loạn thị giác, nôn mửa.

Các thuốc co đồng tử có xu hướng làm tăng cương tụ mạch máu mắt, chống chỉ định cho glaucome thứ phát tân mạch.

#### **2. Epinephrin :**

- Nhóm giống giao cảm có tác dụng giãn đồng tử yếu.
- Dùng Epinephrin Hydroclorua 01% : 01 giọt/08 giờ/lần.
- Thuốc làm giảm lượng thủy dịch do thể mi tiết.
- Tác dụng phụ : Xót mắt.
- Chống chỉ định : Người cao huyết áp và bệnh tim.



### 3. TIMOLOL (B<sub>1</sub> – B<sub>2</sub>) :

- Nhóm ức chế thụ thể b không chọn lọc
- Liều 01 lần/ 1giọt/12 giờ.
- Thuốc làm giảm sản xuất thủy dịch và tăng lưu thông thủy dịch qua vùng bè.
- Không tác dụng lên đồng tử.
- Không dùng trong suy tim, hen suyễn.

Betaxol (B1) : như trên, biến chứng phổi ít hơn.

### 4. ACETAZOLAMIDE 0.25g

- Làm giảm sản xuất thủy dịch của thể mi.
- Cơ chế : Ức chế men carbonic anhydrase.
- Liều dùng 01 viên 250mg/06 giờ/lần. Sau đó dùng 500mg/ 12 giờ/lần.
- Tác dụng phụ :
  - + Rối loạn điện giải.
  - + Rối loạn tiêu hóa dạ dày ruột.
  - + Sạn thận
  - + Chán ăn, sụt cân, giảm kali, gây rối loạn nhịp tim.

### 5. Thuốc tăng thẩm thấu :

- Manitol 15-20% : truyền tĩnh mạch 1,5mg/kg/cân nặng trong 30-60 phút

### 6. Lidocaine 02% :

- Pha với 01ml Cồn 90° để chích hậu cầu trong các ca glaucome tuyệt đối, trước khi có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu.

## C. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GLAUCOME :

**NGUYÊN TẮC :** Khi thuốc không có kết quả ,cần phẫu thuật để hạ nhãn áp hạn chế tổn hại thị giác.

Phẫu thuật làm giảm nhãn áp, giảm tổn hại thị trường, giảm tổn thương thị thần kinh, duy trì thị lực.

### 1. Phẫu thuật lỗ dò :

#### a. Cắt bè củng mạc :

- Trước mổ : Hạ nhãn áp bằng Acétazolamide 250mg. Ngừng thuốc Adrenergic.
- Trong mổ :
  - + Nên chọc tiền phòng, hạ nhãn áp để phòng xuất huyết..
  - + Cắt củng mạc có vật hình tam giác hoặc hình vữ nhật, cắt bè củng mạc
  - + Cắt móng chu biên, tránh bít lỗ cắt.
- Sau mổ :
  - + Thuốc liệt thể mi Atropin 1% nhỏ 2 lần / ngày
  - + Kháng sinh uống và nhỏ.
  - + Corticoide uống và nhỏ.

#### b. Cắt móng chu biên :

Mổ ngừa mắt bằng: Laser móng mắt chu biên.

## 2. Phẫu thuật phối hợp :

- a. Cắt bẻ phối hợp với lấy thể thủy tinh trong bao và ngoài bao.
- b. Cắt bẻ phối hợp với lấy thể thủy tinh và đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh Glaucome, Hội Nhân Khoa Hoa Kỳ 1993 -1994 (Giáo trình khoa học cơ sở và Lâm sàng).
2. Chăm sóc Mắt ở các nước đang phát triển. Larry Schwabe, 1996.

# ĐỤC THỂ THỦY TINH

## ĐỊNH NGHĨA :

Bệnh thể thủy tinh là bệnh mờ đục thể thủy tinh. Hiện nay chưa có thuốc nào chứng tỏ có thể ngăn chặn hoặc trì hoãn được tiến triển đục thể thủy tinh mà hậu quả đưa đến mù lòa.

## HIỆN NAY :

1. Lấy thể thủy tinh trong bao : Thể thủy tinh lệch, sa...
2. Lấy thể thủy tinh ngoài bao không đặt thủy tinh thể nhân tạo do Glaucome đục thể thủy tinh.
3. Lấy thể thủy tinh ngoài bao có đặt thể thủy tinh nhân tạo trong các ca Glaucome đục thể thủy tinh.
4. Phẫu thuật làm nhuyễn thủy tinh thể bằng máy Phaco.

## MỔ LẤY THỦY TINH THỂ TRONG BAO

### MỤC ĐÍCH :

Loại bỏ thể thủy tinh đục ra ngoài nhân cầu đó là giải phóng lỗ đồng tử, tạo điều kiện cho ánh sáng vào võng mạc.

Nếu tiến hành phẫu thuật thuận lợi, các điều kiện của mắt được mổ còn tốt thì thị lực sẽ tăng.

### CHỈ ĐỊNH :

#### I. NHỮNG ĐIỀU KIỆN ĐỂ MỔ :

##### 1. Ở mắt :

Thị lực tối thiểu còn phải nhận được ánh sáng.

- Hướng ánh sáng còn tốt.
- Phản xạ ánh sáng trực tiếp (+) và nhạy.
- Nếu nghi ngờ đục dịch kính hay có vấn đề võng mạc nên siêu âm.
- Mắt không bị viêm nhiễm. Nếu có phải điều trị cho ổn định trước lúc mổ.
- Nhân áp trong mức sinh lý  $\leq 20\text{mmHg}$ . Nếu NA cao hoặc thấp phải theo dõi cẩn nhắc các bệnh lý mắt (nếu có) trước khi mổ.

## **2. Toàn thân**

- Huyết áp trong giới hạn bình thường  $\leq 140/90$ mmHg. Nếu cao hơn phải theo dõi và điều trị, cân nhắc trước mổ.
- Tâm thần kinh ổn định.
- Không có viêm nhiễm cấp tính : Tim, Phổi, thận, dạ dày,.. hoặc các bệnh gây hắc hơi, nôn, rặn... cũng như cơn hen, dị ứng mũi, rối loạn tiêu hóa,...
- Đường huyết dưới 6,1 mmol/lít lúc đói và cân nhắc tổn thương võng mạc tiểu đường (nếu có).

## **II. MỔ LÚC NÀO**

- Tùy thuộc vào yêu cầu của người bệnh như nghề nghiệp, hoạt động thường ngày của họ và tùy thuộc vào khả năng của phẫu thuật viên tiên lượng về thị giác mắt sau mổ bao gồm các phương pháp mổ có đặt hay không đặt thể thủy tinh nhân tạo.
- Ở mắt thể thủy tinh đục hoàn toàn, dây Zinn lỏng lẻo dễ thực hiện trong bao. Nếu đục chưa hoàn toàn dây Zinn chắc phải thận trọng cân nhắc lực dây Zinn cao hơn lực của bao thể thủy tinh. Nếu đục quá chín, võ bao mỏng thận trọng vì dễ rách bao, nên chọn kỹ thuật thích hợp lấy trong hay ngoài bao để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

## **III. CHUẨN BỊ CHO BỆNH NHÂN :**

### **1. Trước mổ :**

- Khám tổng quát, các xét nghiệm thường quy: công thức máu, nước tiểu, glycemie, HbA1c, ECG.
- Khám mắt tổng quát cùng các phương tiện lâm sàng cần thiết.
- Dùng kháng sinh nhỏ mắt.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, về tiêu lượng, về chăm sóc sau mổ.
- Nếu bệnh nhân khó ngủ nên cho an thần đêm trước mổ.
- Cắt lông mi, vệ sinh mặt, thân thể.

### **2. Trong mổ :**

- Trước 02 giờ uống hạ nhãn áp Acetazolamide 250mg/02 viên.
- Thuốc Mydriacyl 01% nhỏ mắt.

## **IV. KỸ THUẬT :**

### **1. Gây tê :**

- Tại chỗ : Dicaine 01%.
- Gây tê : Cận nhãn cầu hoặc hậu nhãn cầu hoặc O'Brien.  
Trường hợp mắt căng có thể ấn nhãn cầu bằng tay hoặc bằng cân.

### **2. Dụng cụ mổ :**

### **3. Các thì phẫu thuật :**

- Đặt vành mi : tốt nhất là loại mềm.
- Cố định cơ trực trên (nếu cần) bằng chỉ 5-0

- Tạo đường hầm kết củng giác mạc ở cực trên  $120^{\circ} - 180^{\circ}$ . Nếu làm phía thái dương sẽ giảm bớt độ loạn thị là  $01^{\circ}$  sau mổ bằng dao Paker 15 hoặc 11.
- Đặt chỉ an toàn 8,0.
- Cắt mỏng chu biên ở 12 giờ bằng Vanas.
- Lấy thể thủy tinh bằng :
  - + Đông lạnh.
  - + Giác hút, Silicagen.
  - + Phương pháp lực đối lực.
- Rửa tiền phòng nếu cần.
- Bơm hơi sau khi đóng tiền phòng từ 02 – 04 mũi nốt bằng chỉ 9,0 hoặc 10,0.
- 

## **MỔ LẤY THỦY TINH NGOÀI BAO**

Đây là phẫu thuật hiện đại với các dụng cụ vi phẫu, kính hiển vi phẫu thuật. Có nhiều ưu điểm ít lay động nội nhãn hơn lấy trong bao.

### **CHỈ ĐỊNH LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO :**

1. Đục thể thủy tinh trên mắt cận thị nặng.
2. Đục thể thủy tinh trên mắt Glaucome.
3. Đục thể thủy tinh kèm theo tổn thương giác mạc.
4. Đục thể thủy tinh kèm theo bong võng mạc trên, bệnh nhân tiểu đường.
5. Đục thể thủy tinh các giai đoạn.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH :**

1. Đục và lệch thể thủy tinh : tương đối.
2. Đục thể thủy tinh trên viêm màng bồ đào tiến triển.

### **KỸ THUẬT :**

1. Gây tê cạnh cầu, hậu cầu, O'Brien.
2. Cố định cơ trực trên.
3. Mở giác mạc cực trên hoặc thái dương :  $120^{\circ} - 180^{\circ}$  đường hầm tùy thể tích thể thủy tinh.
4. Phá bao trước thể thủy tinh : bằng kim hoặc kẹp phá bao.
  - Phá bao hình tan, hay mở nắp hộp.
  - Phá bao hình vòng liên tục.
5. Tách bao khỏi chất nhân bằng kim Simcol.
6. Mở rộng đường cắt giác mạc ở trên cho thủng tiền phòng hoàn toàn.
7. Dùng kim Simcol tách nhân cho bán trật khớp ra tiền phòng.
8. Lấy nhân bằng Anse Snellen và móc lát.
9. Cắt mỏng mắt chu biên : tùy tác giả có thể cắt hoặc không.
10. Dùng Simcol hút rửa chất Cortex còn sót lại.

### **CHỈ ĐỊNH ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO (IOL) :**

- Mổ ngoài bao và đặt hậu phòng.
- Nếu rách bao sau phải đặt tiền phòng hoặc dùng loại IOL cố định củng mạc.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH (IOL) :**

1. Mắt đục nhất.
2. Mắt cận thị nặng, mắt viêm màng bồ đào, Glaucome mạn tính bằng tương đối.
3. Mắt trẻ em.
4. Bong võng mạc, xuất huyết, tổn thương hoàng điểm.
5. Tiền phòng có thể pha lê.
6. Giác mạc thoái hóa, tế bào nội mô, 1000/2mm.
7. Bệnh nhân không có điều kiện tái khám.
8. Một số bệnh toàn thân : thấp khớp,...
9. Đục thể thủy tinh một mắt, mắt còn lại thị lực cao.
10. Đục thể thủy tinh kèm Glaucome : tùy trường hợp.

### **XÁC ĐỊNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH :**

**1. Dựa vào các số liệu đã có : X ( Số độ mang):**

$$IOL = 18 + (X \times 1.25).$$

**2. Siêu âm A :**

- Khúc xạ giác mạc.
- Trục nhãn cầu.

**3. SRK II : (Sanders, Reclaf, Hlart) :**

$$P = A - 2,5L - 0,9L$$

$$A = 116.8$$

$$L = \text{Chiều dài trục nhãn cầu ( 22 - 23)}$$

$$K = \text{Khúc xạ giác mạc ( 43 - 44 )}$$

Nếu

$$\begin{array}{l} L = 22. \\ K = 44 \\ L = 23 \rightarrow P = \pm 20.5 \end{array} \quad \left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\} P = \pm 22$$

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Thực hành nhãn khoa. Bộ môn mắt ĐHY Hà Nội. Nhà xuất bản y học 1998.
2. Bệnh đục thể thủy tinh hội nhãn khoa học kỳ 1995 – 1996. (Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng).
3. Chăm sóc mắt ở các nước đang phát triển. Nhà xuất bản y học 1996.

# MỘNG THỊT

## PHÂN LOẠI :

### 1. MỘNG TIẾN TRIỂN :

Có thâm lậu SHV = Thâm lậu FUCHS thân đầu, nhiều mạch máu dễ tái phát.

### 2. MỘNG SƠ :

Đầu tròn, trắng đặc FUCHS (-).

## CHỈ ĐỊNH :

1. Yếu tố tiến triển : có chỉ định mổ.
2. Mức độ xâm lăng :
  - + Độ I : < 0,2mm.
  - + Độ II : 0,2 – 0,4 mm                      Mổ.
  - + Độ III : > 0,4mm.

## Các phương pháp phẫu thuật :

1. Cắt bỏ mộng đơn thuần : cho mộng thịt lần đầu.
2. Cắt bỏ mộng thịt và ghép kết giác mạc vùng rìa cho mộng thịt tái phát (2002 - 2003)

# CẮT BỎ TÚI LỆ

## CHỈ ĐỊNH :

1. Trên người già, tắc lệ quản dưới, viêm mù túi lệ, bom rửa kháng sinh không có kết quả, sự tồn tại túi lệ gây nhiều kích thích.
2. Chuẩn bị cho phẫu thuật nội nhãn. Nếu túi lệ viêm, phải giải quyết để chống nhiễm khuẩn hậu phẫu....

## TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Thực hành nhãn khoa. Bộ môn mắt ĐHY Hà Nội. Nhà xuất bản y học 1998.

# CẮT NHÃN CẦU

## CHỈ ĐỊNH :

1. Mất hoàn toàn mù tịch, bị đau nhức, điều trị bảo tồn không có kết quả.
2. Chấn thương làm vỡ nhãn cầu, mắt teo, mềm nhũn, đặc biệt chấn thương vùng rìa rách nát mống mắt, thể mi có nguy cơ gây nhãn viêm giao cảm.
3. Khối u nội nhãn.
4. Chảy máu bộc phát, khi đang tiến hành phẫu thuật trong nhãn cầu mà các biện pháp cầm máu không kết quả.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Thực hành nhãn khoa. Bộ môn mắt ĐHY Hà Nội. Nhà xuất bản y học 1998.

## **SỤP MI**

### **CHẨN ĐOÁN :**

1. Sụp mí bẩm sinh.
2. Sụp mí do nhược cơ.
3. Giả sụp mí.

Phân loại độ sụp mí theo cơ nâng mí (Beard).

1. Sụp mí 2mm : nhẹ.
2. Sụp mí 3mm : trung bình.
3. Sụp mí > 4mm : nặng

Các phương pháp phẫu thuật :

1. Berd RN : rút ngắn cơ nâng mí.
2. Fasanella RM : cắt ngắn cơ nâng mí.
3. Rút ngắn cơ nâng mí bằng cách.

Gấp đôi với 3 mũi chỉ điều chỉnh.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Beardc, Exanuation and Evaluation of the Ptosis, patient in Ophthamic Plastiz and Reconstructive surgergy. The CV Mosby Company, WashingtonDC 1987; 617- 698.
2. Faslanella RM, servat 3. Levator resection for minimal ptosis : another simplified operation. Arch. Opht. 1961:65,493.
3. Duong Dieu, Ptosis, A Report of two case Medical Progress hongkong, March 2003 :30 (3) : 33 – 37.