MẮT

VIÊM MỦ NỘI NHÃN

I.ĐẠI CƯƠNG

Là một bệnh lý cấp tính, thường do Staphylococci Gr (+) như *Staph.aureus*, hoặc Gr (-) như *Pseudomonas sp, proteus sp.* Có thể gặp sau phẫu thuật nội nhãn với tỷ lệ 1:1000 hoặc trên bệnh nhân có cơ địa yếu, suy giảm miễn dịch. Bệnh thường nặng, diễn tiến nhanh, trầm trọng. Ảnh hưởng nặng nề đến chức năng thị giác.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Có hai nhóm: viêm mủ nội nhãn nội sinh (liên quan đến bệnh lý toàn thân có suy giảm miễn dịch, bệnh chuyển hóa) và viêm mủ nội nhãn ngoại sinh (liên quan đến chấn thương xuyên thủng nhãn cầu, phẫu thuật nội nhãn).

- *Tiền sử:* Có các bệnh gây suy giảm miễn dịch và sức đề kháng hoặc phẫu thuật nội nhãn, chấn thương xuyên nhãn cầu.
- *Triệu chứng cơ năng:* Đau nhức, kích thích, sợ ánh sáng, nhìn mờ nhiều.
- *Lâm sàng:* Các triệu chứng phụ thuộc vào độc lực của vi trùng hoặc nấm. Phù nề mi, kết mạc. Cương tụ rìa. Phù nề giác mạc, có nhiều tủa mặt sau giác mạc.

- Dính mống mắt, mủ tiền phòng, Tyndal (+). Ánh đồng tử tối hoặc vàng đục, đồng tử co nhỏ.

- Có thể tăng nhãn áp.

- Thị lực giảm trầm trọng, chỉ còn BBT, hoặc ST (+/-)

- *Cận lâm sàng:*

- Siêu âm B thấy pha lê thể đục nhiều, có những sợi co kéo.

- Nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ, tìm nấm từ mủ lấy trong tiền phòng hoặc pha lê thể.

-Tổng phân tích máu, nước tiểu, CRP…

- Khám toàn thân, TMH, RHM … để phát hiện các ổ viêm nhiễm có thể là nguyên nhân dẫn đến VMNN nội sinh.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Dựa vào tiền sử ,triệu chứng lâm sàng và kháng sinh đồ.

- Do vi khuẩn: triệu chứng rầm rộ, tiến triển nhanh.

- Do nấm: tiến triển chậm, soi tươi thấy nấm sợi hoặc nấm men.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Glaucome cấp: đau nhức, đồng tử dãn, tiền phòng nông, không có mủ trong tiền phòng.

- Viêm mống mắt – thể mi: giác mạc phù nề nhẹ, dính mống, pha lê thể đục nhẹ..

- Viêm tổ chức hốc mắt: phù nề kết mạc nhiều, liếc mắt đau. Đồng tử không dính, không có mủ trong tiền phòng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nếu có vết thương xuyên nhãn cầu phải khâu vết thương. Nếu có dị vật nội nhãn cần lấy dị vật ra khỏi nhãn cầu.

- Điều trị kháng sinh sớm, mạnh, phổ rộng và có khả năng thấm tốt vào nội nhãn, tích cực.

- Khi có kết quả kháng sinh đồ phải dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Phối hợp điều trị với corticoid (khi không có nấm).

- Viêm mủ nội nhãn do nấm: Tuyệt đối không dùng chống viêm bằng corticoid.

2. Điều trị đặc hiệu:

a. Điều trị nội khoa viêm mủ nội nhãn do vi khuẩn :

- Chọc hút lấy bệnh phẩm tiền phòng hoặc pha lê thể nhuộm Gram, soi tươi, cấy làm kháng sinh đồ.
- Kháng sinh có thể dùng 1 hoặc phối hợp từ 2 nhóm kháng sinh trở lên tuỳ thuộc vào mức độ bệnh và loại thuốc có (tra thuốc, uống thuốc, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm nội nhãn, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch)

- Tại chỗ: Tra thuốc: Dung dịch và mỡ kháng sinh phổ rộng hoặc kháng sinh thích hợp với loại vi khuẩn tìm thấy ở kết quả xét nghiệm vi sinh.

- Toàn thân: Dùng loại kháng sinh thích hợp với loại vi khuẩn tìm thấy ở kết quả soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn (Ví dụ: Vi khuẩn Gram (-) : Gentamycine, Amikacine, Ceftazidime, kháng sinh nhóm Quinolon. Vi khuẩn Gram (+) dùng Vancomyxin).
- Tiêm kháng sinh trực tiếp nội nhãn (tiêm kháng sinh vào buồng dịch kính) : Ceftazidime 2,25mg/0,1 ml hoặc Gentamycin 0,2mg/ 0,1 ml – 0,4mg/0,1ml, Amikacin 0,4 mg ,hoặc Vancomycin 1mg/ 0,1 ml (dựa vào kết quả kháng sinh đồ) .Cân nhắc khi tiêm kháng sinh nội nhãn lần thứ hai. Có thể kết hợp tiêm kháng sinh dưới kết mạc.

- Tùy theo diễn tiến lâm sàng 48 giờ sau:

+ Nếu bệnh đáp ứng điều trị và kết quả xét nghiệm vi khuẩn:

◆ Khi dương tính vi khuẩn Gram (+) sẽ tiếp tục tiêm vancomycin 1mg/ 0,1ml vào nội nhãn, hoặc dưới kết mạc 25mg/0,5ml phối hợp với dexamethasone 0,4mg/0,1ml dưới kết mạc.

◆ Vi khuẩn Gram (-) tiêm nội nhãn gentamycin 0,1mg/0,1ml và dưới kết mạc 1,00mg/ 0,5ml phối hợp với dexamethasone 0,4mg/0,1ml dưới kết mạc.

* **Chú ý** : Nếu có tăng nhãn áp thì phải điều trị hạ nhãn áp bằng thuốc nhỏ hoặc thuốc uống.

- Thuốc chống viêm có Corticoid.
- Cần giãn đồng tử: dung dịch Atropin 1% .
- Giảm phù.
- Vitamin tăng sức đề kháng cơ thể.
- An thần.

b. Điều trị nội khoa viêm mủ nội nhãn do nấm :

Cần dùng thuốc chống nấm tại chỗ và toàn thân. Dựa vào kết quả xét nghiệm vi sinh. Thường dùng các thuốc chống nấm sau :

+ Thuốc tra

- Dung dịch Ketoconazol 2 % tra mắt ngày 6 lần
- Dung dịch Natamycin 5% tra mắt ngày 6 lần.

+ Tiêm nội nhãn :

Amphotericin B 0,005mg (5µg) – 0,01 mg hoặc Miconazole 10 µg.

+ Toàn thân:

- Intraconazole 0,1 g x 2 viên/ ngày (21-30 ngày)
- Thuốc tiêm: Amphoteracin B : tiêm tĩnh mạch: 2,25mg/kg cân nặng.

Duy trì cho đến khi bệnh ổn định

◆ Nếu cắt pha lê thể phối hợp với kháng sinh nội nhãn mà không kết quả thì phải bỏ nhãn cầu.

3. Điều trị hỗ trợ: Nâng cao sức đề kháng, chế độ dinh dưỡng thích hợp.

IV.THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi biến chứng nhiễm trùng tại mắt, toàn thân và sự phục hồi tại mắt thời gian 1 đến 3 tháng

Điều trị những di chứng sau viêm mủ nội nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của bộ Y tế, trang 107-118.

2.Alfaro DV, Liggett PE (1999), *"Vitreoretinal surgery of the injured eye",* Lippincott Raven, Philadelphia, New York..

3.Albert and Jacobie (2008). *"Trauma",* edited by Mieler WF, Haripasad SM in " Principles and practice of ophthalmology", pp. 5069-5221.

4.Banta TJ., Moore KJ.(2007), *" Traumatic endophthalmitis ",* Ocular trauma, Sauders Elsevier, pp. 204- 205.

CHẤN THƯƠNG VỠ NHÃN CẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương vỡ nhãn cầu là một chấn thương lên nhãn cầu làm vỡ toàn bộ bề dày các thành phần của vỏ bọc nhãn cầu (giác mạc và củng mạc), có kèm theo phòi, kẹt mống mắt hoặc mất tổ chức nội nhãn.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Bệnh sử:

Cơ chế chấn thương trực tiếp hay gián tiếp. Vật gây chấn thương là chất vô cơ hay chất hữu cơ, có từ tính hay không, vật tù hay vật sắc nhọn.

- Lâm sàng:

Vỡ nhãn cầu bao gồm các dấu hiệu:

- Cơ năng: đau, kích thích, mất thị lực đột ngột sau chấn thương

- Thực thể: phù nề mi, kết mạc: Bầm hoặc chảy máu tại mi mắt, xuất huyết dưới kết mạc. Tiền phòng thường sâu. Xuất huyết tiền phòng hay nội nhãn (thường có cục máu đông).

- Hạn chế vận nhãn (đưa mắt về phía nhãn cầu vỡ càng hạn chế). Tổ chức nội nhãn như màng bồ đào, võng mạc, pha lê thể có khi kẹt ngay tại vết vỡ, mất một phần hay toàn bộ nhãn cầu bị biến dạng.

- Cận lâm sàng:

- Thường quy: X-quang hốc mắt, Siêu âm B qua mi mắt để khu trú vị trí nhãn cầu bị vỡ, xác định có dị vật nội nhãn hoặc hốc mắt hay không.

- Đặc biệt: để chẩn đoán xác định: CT Scan hoặc MRI.

- Xét nghiệm tiền phẫu cho một phẫu thuật gây mê.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Dựa vào bệnh sử, nguyên nhân có thể:

- Do chấn thương đụng dập.

- Do vết thương xuyên thủng nhãn cầu.

- Vỡ tự nhiên trên bệnh nhân bệnh lý tại lớp võ nhãn cầu (củng mạc, giác mạc).

III. ĐIỀU TRỊ

Khi đã chẩn đoán vỡ nhãn cầu hoặc vết thương xuyên thủng nhãn cầu trên lâm sàng, tránh những động tác đè ép lên nhãn cầu làm tăng nguy cơ phòi, kẹt hoặc mất thêm tổ chức nội nhãn. Cần thực hiện những động tác sau:

- Bảo vệ mắt bằng gạc che mắt.

- Cho kháng sinh toàn thân phổ rộng, phòng ngừa uốn ván và an thần nếu bệnh nhân kích thích.

1. Nguyên tắc xử trí

- Không gây tổn thương nặng thêm trên một nhãn cầu đã vỡ.

- Xem xét kỹ, đánh giá đúng mức độ trầm trọng của vết thương, cố gắng bảo tồn tối đa theo đúng cấu trúc giải phẫu.

- Quyết định bỏ nhãn cầu là giải pháp cuối cùng cần cân nhắc kỹ và được hội chẩn với trưởng khoa hoặc phó khoa. Khi có chỉ định bỏ nhãn cầu sẽ được thực hiện trong thời gian trước 7 ngày để giảm nguy cơ nhãn viêm giao cảm.

- Khi phẫu thuật bỏ nhãn cầu, bắt buộc phải làm giải phẫu bệnh lý.

2. Điều trị đặc hiệu:

- Nhãn cầu bị vỡ < 10,0 mm, kèm phòi ít tổ chức nội nhãn như mống mắt, pha lê thể nhưng còn cảm nhận ánh sáng, chỉ định khâu bảo tồn nhãn cầu. Can thiệp phẫu thuật càng sớm càng tốt.

- Nhãn cầu bị vỡ cả giác – củng mạc > 10,0 mm, kèm phòi nhiều tổ chức nội nhãn như mống mắt, pha lê và mất cảm nhận ánh sáng thì có chỉ định bỏ nhãn cầu. Bệnh nhân cần được nhập viện, kiểm tra lại tình trạng thương tổn, có sự chuẩn bị kỹ về chuyên môn và tâm lý cho bệnh nhân, trước khi bỏ nhãn cầu.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Trường hợp bảo tồn nhãn cầu: thay băng hàng ngày, theo dõi tình trạng nhãn cầu

+ Tại chỗ: Nhỏ mắt bằng kháng sinh và kháng viêm không steroid và/ hoặc steroid.

+ Toàn thân: kháng sinh hoạt phổ rộng và steroid, thời gian 7 đến 14 ngày.

- Trường hợp bỏ nhãn cầu:

+ Tại chỗ: Kháng sinh, thay băng, rửa hốc mắt hằng ngày bằng dung dịch Betadine 5,0%.

+ Toàn thân: kháng sinh uống 7-14 ngày.

+ Đặt mắt giả khi hốc mắt sạch, hết phù nề.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Những trường hợp bảo tồn nhãn cầu

Tái khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Theo dõi chức năng thị giác, nhãn áp, tình trạng thủy tinh thể, mống mắt, nội nhãn, võng mạc, nhãn viêm giao cảm và những biến chứng khác. Có biện pháp xử trí kịp thời và thích hợp.

2. Những trường hợp bỏ nhãn cầu.

Theo dõi tình trạng hốc mắt, nhãn viêm giao cảm, tình trạng cùng đồ, mắt giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Giáo trình đào tạo sau đại học Nhãn khoa tập 2 , Bệnh viện Mắt Trung Ương,trang 352-364.

2.Banta TJ, Moore KJ 2007, Intraocular foreign bodies, Ocular trauma, Elsevier, p 181-195.

3 .Manual of Ocular diagnosis and therapy ,sixth edition, Burns and trauma,Lippincott Williams and Wilkins, p 36-51.

CHẤN THƯƠNG ĐỤNG GIẬP NHÃN CẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương đụng giập nhãn cầu thường do tác động của vật tù di chuyển với vận tốc cao tác động lên trên nhãn cầu. Thường gặp trong tai nạn thể thao, tai nạn lao động và tai nạn giao thông hoặc đánh nhau.

Mức độ trầm trọng tùy thuộc vào lực gây chấn thương, vị trí chấn thương. Có khi chỉ với những triệu chứng thoáng qua không để lại hậu quả đáng kể, song có khi rất nặng nề.

Tùy thuộc tình trạng và vị trí chấn thương có thể chia ra: chấn thương đụng dập bán phần trước, chấn thương đụng dập bán phần sau nhãn cầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Khai thác tiền sử:
  - Hoàn cảnh, cơ chế, điều kiện, và loại đồ vật gây chấn thương
- Lâm sàng:
  - Chấn thương đụng giập bán phần trước.
    + Vết trầy xước trên giác mạc, phù nề giác mạc cấp tính.
    + Ngoại vật giác mạc.
    + Rách kết mạc, xuất huyết dưới kết mạc.
    + Xuất huyết tiền phòng.
    + Màng bồ đào trước: có thể ghi nhận tổn thương về cấu trúc và chức năng. Viêm mống mắt thể mi. Rách chân mống mắt.
    + Đồng tử có thể méo hoặc dãn, diện đồng tử có vòng sắc tố trên bề mặt thể thủy tinh (vòng Vossius)
    + Thể thủy tinh có thể đục, trật bản lề hoặc rớt vào tiền phòng hay pha lê thể.
    + Lùi góc tiền phòng.
    + Nhãn áp có thể tăng hay giảm.
  - Chấn thương đụng giập bán phần sau:
    + Vỡ nhãn cầu: chấn thương do vật tù với lực tác động rất mạnh. Thường gặp vỡ cực sau, sẽ thấy tiền phòng sâu bất thường, nhãn áp giảm nhiều (so với bên không tổn thương).
    + Bong pha lê thể sau: Có thể kèm theo xuất huyết pha lê thể.
    + Tổn thương võng mạc có thể xuất hiện phù võng mạc (nếp nhăn tại võng mạc có màu xám), bong võng mạc.
    + Viêm màng bồ đào.
    + Lỗ hoàng điểm.
    + Tổn thương thị thần kinh.
- Cận lâm sàng:

Xét nghiệm như: siêu âm B, CT Scan, chụp hình đáy mắt, OCT…

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Nguyên nhân gây ra chấn thương có thể được chấn đoán dựa vào hỏi bệnh sử, kết quả siêu âm và CT scan.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Vỡ nhãn cầu trên bệnh nhân có khối u nội nhãn xuất ngoại.
- Phù nề giác mạc do viêm.
- Lệch thủy tinh thể trên bệnh nhân hội chứng Marfan.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên nhân điều trị

Tùy theo mức độ tổn thương có biện pháp xử trí thích hợp, bảo tồn tối đa các tổ chức của nhãn cầu, tránh những biến chứng và tai biến trong khi điều trị.

2. Điều trị đặc hiệu:

- **Điều trị nội khoa**

- Chấn thương trầy xước, phù nề giác mạc: dùng thuốc kháng sinh nhỏ tại chỗ, phối hợp với nước mắt nhân tạo, băng ép mắt.

- Rách kết mạc < 5,0 mm, không cần can thiệp ngoại khoa, nhỏ kháng sinh tại chỗ.

- Viêm mống mắt thể mi: điều trị thường đáp ứng nhanh với thuốc liệt thể mi và thuốc kháng viêm corticoid tại chỗ.

- Máu tiền phòng:

+ Trường hợp nhẹ: có thể điều trị ngoại trú và tái khám mỗi ngày. Nằm nghỉ tại giường, đầu nên kê cao khoảng 30^0, băng che mắt, nhỏ Atropin 1% 2 lần/ ngày. Thuốc chống nôn hoặc thuốc an thần nếu bệnh nhân kích thích, cho thuốc giảm đau , tiêu máu,có thể dùng thêm các loại steroid tại chỗ và toàn thân. Cho bệnh nhân uống nhiều nước hoặc truyền dịch đẳng trương để tăng cường lượng tuần hoàn thủy dịch.

+ Mức độ trung bình và nặng: Cần nằm điều trị nội trú, điều trị như trên. Theo dõi sát các biến chứng có thể xảy ra như tăng nhãn áp, ngấm máu giác mạc. Chảy máu thứ phát (thường xuất hiện trong thời gian 3-5 ngày sau chấn thương), nếu xảy ra sẽ nặng hơn xuất huyết ban đầu, dẫn đến ngấm máu giác mạc hoặc tăng nhãn áp.

- **Điều trị ngoại khoa:**

- Lấy dị vật giác mạc: Nếu là dị vật đơn lẻ thì lấy dị vật bằng kim 18 hoặc tăm bông. Nếu dị vật nhiều như trong trường hợp do chất nổ, thì nên lấy những dị vật nông trước bằng tăm bông cồn để lột đi lớp biểu mô (cần chừa lại 1-2mm biểu mô quanh rìa). Trường hợp dị vật sâu cần cẩn thận lấy dị vật dưới kính hiển vi, nếu dị vật không có chất chì thì không nhất thiết phải lấy ra. Sau khi lấy dị vật cần điều trị như trầy xước giác mạc.

- Khâu kết mạc: vết rách > 5,0mm, cần khâu lại kết mạc và nhỏ kháng sinh tại chỗ.

- Rửa máu tiền phòng:

+ Khi xuất huyết mức độ trung bình và nặng có nhãn áp > 25 mmHg, cần can thiệp trước 5 ngày.

+ Sau chấn thương 5-7 ngày, máu tiền phòng vẫn còn ở mức độ trung bình trở lên.

+ Máu cục tồn tại trong tiền phòng > 10 ngày, không tiêu, có nguy cơ dính góc

- Khâu chân mống mắt: nếu rách chân mống mắt > 30^{O} gây song thị một mắt, cần can thiệp khâu lại chân mống.

- Lấy thể thủy tinh đặt kính nội nhãn: khi thể thủy tinh đục hoặc lệch có nguy cơ tăng nhãn áp.

- Can thiệp vào pha lê thể hoặc võng mạc: Với tổn thương tại bán phần sau tùy theo mức độ có thể điều trị nội khoa hoặc làm phẫu thuật cắt pha lê thể.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Sau khi xuất viện, tùy theo trường hợp bệnh nhân được tái khám và theo dõi định kỳ sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Theo dõi nhãn áp, thị lực, thị trường, đáy mắt. Phát hiện những di chứng và biến chứng để có thể can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 90-98.

2.Nguyễn Thị Thu Yên, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Văn Đàm (2012), *"Chấn thương đụng giập nhãn cầu",* Nhãn khoa , tập 2, tr. 342- 343.

3.R P Crick, P T Khaw (2003), *"Ocular trauma",* A Textbook of Clinical Ophthalmology, , pp 151- 154

4.Kuhn F (2008), *"Anterior chamber ",* Ocular traumatology, Springer publishers, pp.209- 230

VIÊM MỐNG MẮT – THỂ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mống mắt thể mi là bệnh mắt khá phổ biến, thường có những tổn thương nặng nề, nhiều biến chứng, hay tái phát, khó xác định nguyên nhân:

- Nhiễm trùng: Virus , Nấm , Ký sinh trùng .

- Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA. Hội chứng Behçet. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada... ;

- Dị ứng: Chất nhân protein của thuỷ tinh thể.

- Nhiễm độc: Hoá chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu... có thể dẫn đến mù lòa.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Bệnh sử:

Xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, mới xuất hiện lần đầu hay tái phát. Nhìn mờ, đau nhức, sợ ánh sáng, chảy nước mắt tự nhiên.

- Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:

+ Nhìn mờ xuất hiện ngay từ đầu.

+ Đau là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất của viêm mống mắt – thể mi

- Triệu chứng thực thể:

+ Cương tụ rìa, phản ứng thể mi (+).

+ Mặt sau giác: có thể có lắng đọng chất xuất tiết.

+ Mống mắt: sẫm màu, đồng tử co nhỏ, giảm hoặc mất phản xạ ánh sáng, dính sau.

+ Giai đoạn muộn đồng tử có thể bị méo mó do dính sau.

+ Thủy dịch: vẩn đục, dấu hiệu Tyndall (+) tiền phòng, có thể có mủ tiền phòng.

+ Thể thủy tinh: Có những chấm sắc tố mống mắt bám ở mặt trước và dính mống mắt.

+ Nhãn áp ở giai đoạn đầu thường thấp. Song có thể cao trong đợt viêm cấp do xuất tiết làm bít diện đồng tử hoặc nghẽn góc tiền phòng.

- Cận lâm sàng:

- Siêu âm B: để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hoá dịch kính hoặc bong võng mạc là biến chứng của viêm màng bồ đào.

-Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt để phát hiện tình trạng viêm mạch máu, ổ viêm hắc-võng mạc, tình trạng thiếu máu võng mạc hoặc phù võng mạc do viêm …

- Chụp OCT đáy mắt để phát hiện tình trạng phù võng mạc, tân mạch võng mạc… do viêm.

- Xét nghiệm đặc biệt: Khi cần xác định nguyên nhân. Có thể làm: công thức máu, kháng thể kháng nguyên (ANA), CRP hoặc VDRL.

- FTA-ABS MHS-TP (micro hemagglutination test for antibody to *Treponema pallidum*, là những test để phát hiện giang mai).

- X-quang phổi.

- Tìm ký sinh trùng.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó xác định, vì tính đa dạng của nguyên nhân sinh bệnh như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, dị ứng, hoặc liên quan đến miễn dịch.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Glaucoma cấp: đồng tử dãn, tiền phòng nông, nhãn áp tăng

- Bong võng mạc có lỗ rách: đồng tử dãn nhẹ, phản xạ ánh sáng chậm, siêu âm thấy bong võng mạc rộng.

- Dị vật nội nhãn: có tiền sử chấn thương, siêu âm thấy dị vật trong nhãn cầu

- Viêm củng mạc – màng bồ đào: có tổn thương củng mạc, lộ hắc mạc màu sẫm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị:

Chống viêm, chống dính mống, hạn chế tối đa di chứng và biến chứng

2. Điều trị đặc hiệu:

Điều trị theo nguyên nhân với các thuốc đặc hiệu như thuốc chống virus, thuốc chống lao, kháng nấm, kháng khuẩn nếu có nguyên nhân rõ ràng.

- Dùng theo kháng sinh đồ nếu có lấy bệnh phẩm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

- Dùng các kháng sinh phổ rộng (Cefalosporin thế hệ 2,3, nhóm new quinolon, nhóm Macrolid) đường uống hoặc tiêm truyền.

3.**Điều trị triệu chứng và hỗ trợ:**

- Thuốc dãn đồng tử, liệt thể mi:

- Tác dụng giảm đau và phòng chống dính mống mắt.

- Bệnh nhẹ đến vừa: thuốc làm liệt thể mi cyclopentolate 1-2% x 2 lần. ngày

- Bệnh nặng: Scopolamine 0,25% hoặc Atropine 1,0% 2-4 lần/ ngày.

- Nếu đồng tử không giãn với thuốc tra, cần tiêm dưới kết mạc quanh rìa dung dịch Adrenalin 1mg + Artropin 1/4 mg, vị trí tiêm 4 điểm: 3-6-9-12 giờ nếu đồng tử dính toàn bộ. Nếu không dính toàn bộ, tiêm dưới kết mạc tương ứng với chỗ dính đồng tử.

- Thuốc chống viêm:

- Steroid là thuốc chủ lực trong điều trị:

+ Tại mắt: Collyre prednisolone acetate 1% hoặc collyre Toradex 0,3% hoặc collyre Vigadexa nhỏ 1 giọt * 4-6 lần / ngày tùy theo bệnh nặng hay nhẹ.

+ Nếu không đáp ứng tốt với thuốc nhỏ nhiều lần sẽ tiêm steroid quanh nhãn cầu hoặc dưới bao tenon với methylprednisolone 40-80mg.

+ Nếu sau khi dùng thuốc tại chỗ không kết quả, sử dụng steroid toàn thân, với medrol liều 1,5mg/1 kg.

+ Tuy nhiên, những đợt điều trị đều thường phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân. Đặc biệt những trường hợp nặng gặp ở người trẻ.

- Thuốc chống viêm không steroid: sử dụng khi có chống chỉ định dùng steroid, hoặc được dùng phối hợp như collyre indomethacine 0,1%, collyre diclofenac 0,1%.

- Thuốc ức chế miễn dịch:

Sử dụng khi các thuốc trên không hiệu quả. Phải thận trọng khi dùng thuốc ức chế miễn dịch vì có nhiều tác dụng phụ.

- Điều trị glaucoma thứ phát.
- Điều trị các tác dụng phụ: có thể có do corticoid gây ra.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Là một bệnh dễ tái phát và có nhiều di chứng, biến chứng nên theo dõi

Khi phản ứng tiền phòng giảm, có thể giảm từ từ việc nhỏ steroid. Để chống viêm tái phát, cho liều steroid thấp hằng ngày hoặc cách nhật.

Giảm đau bằng thuốc liệt thể mi. Tiếp tục sử dụng ít nhất 1 lần khi đi ngủ cho đến khi hết tế bào trong tiền phòng.

Giai đoạn cấp tính 1-7 ngày khám một lần tùy theo mức độ nặng nhẹ.

Giai đoạn bệnh ổn định 1-6 tháng khám lại một lần.

Cần chú ý phản ứng ở tiền phòng và nhãn áp khi khám.

Kiểm tra các biến chứng như dính mống mắt, tăng nhãn áp.

Theo dõi các biến chứng do dùng corticoid dài ngày như glaucoma, đục thủy tinh, viêm loét dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 72-76.

2. Ali A, Samson CM. *Seronegative spondyloarthropathies and the eye.* Curr Opin Ophthalmol. *Nov 2007;18(6):476-80.*

3. Braun J, Sieper J. *Ankylosing spondylitis*. Lancet. *Apr 21 2007;369(9570):1379-90.*

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm loét giác mạc do nấm là bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển, chủ yếu sau sang chấn nông nghiệp như lá lúa, lá cây, ... quét vào giác mạc, gây trầy xước, tổn thương mô giác mạc, tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm xâm nhập vào giác mạc. Ngoài ra dùng corticosteroid tại chỗ lâu dài là điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Biểu hiện lâm sàng

- Cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, nhức mắt, giảm thị lực tùy thuộc vào vị trí ổ loét.

- Cương tụ rìa.

- Hiện diện ổ loét giác mạc, nhuộm bắt màu Fluorescein, với những đặc trưng:

+ Loét bờ dạng sợi nấm.

+ Tổn thương vệ tinh.

+ Loét bề mặt nổi gồ.

+ Mủ tiền phòng.

+ Mảng xuất tiết ở mặt sau giác mạc

+ Vòng miễn dịch giác mạc.

- Xét nghiệm:

- Soi tươi: tìm thấy nấm trong 50% trường hợp, cho biết được nấm sợi hoặc nấm men.

- Nhuộm soi: Gram, Giemsa.

- Nuôi cấy làm kháng nấm đồ.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Do nấm như *Furarium, Aspergillus, Cephalosporium, Allescheria, Penicillium, Candida albicans.*

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm loét giác mạc do vi khuẩn
- Viêm loét giác mạc do herpes.
- Viêm loét giác mạc do Acanthemoeba

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

-Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc kháng nấm đặc hiệu, phối hợp với thuốc kháng sinh tra tại mắt để phòng bội nhiễm.

-Thuốc chống viêm non-steroid tra tại mắt, uống.

-Dinh dưỡng: Tăng cường hàn gắn tổn thương: Tra tại mắt, uống.

-Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

-Phối hợp điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

- Chống chỉ định dùng corticoide.

2. **Điều trị đặc hiệu:**

- **Điều trị nội khoa:**

- Dung dịch Natamycin 5% (nấm sợi hoặc nấm men) hoặc dung dịch Amphotercin B (tốt hơn đối với nấm men) 0,15% nhỏ mỗi giờ/ lần

- Uống Ketoconazole 200-400 mg/ ngày cho các chủng nấm sợi. Fluconazole 200-400 mg cho các chủng nấm men. Đợt điều trị 21 ngày.

- Hoặc Itraconazole 200mg/ngày uống 1 lần trong bữa ăn (nấm sợi hoặc nấm men). Đợt điều trị 21-30 ngày.

Lưu ý: các thuốc uống chống nấm chống chỉ định dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. Có thể dùng thuốc kéo dài tuỳ theo tiến triển của bệnh nhưng phải kiểm tra chức năng gan định kỳ cho bệnh nhân.

- Trường hợp nặng có thể tiêm dưới kết mạc dung dịch Amphotercin B 0,8mg – 1mg/ 0,2 ml

- Thuốc liệt thể mi: dung dịch atropine 1% 3 lần/ngày.

-Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp. Uống acetazolamide 250 mg ngày 2 viên chia 2 lần. Cần phối hợp với uống Kaldium 0,6 g, 2 viên mỗi ngày chia 2 lần để tránh mất kali.

-Uống : vitamin.

- ***Điều trị ngoại khoa:*** Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng của viêm loét giác mạc.

- Rửa mủ tiền phòng: trường hợp nặng, mủ tiền phòng dâng cao

- Ghép giác mạc: ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu trong trường hợp phòi màng Descemet hoặc thủng giác mạc.

- Ghép màng ối: trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm sâu mất chất.

- Khâu phủ kết mạc trong khi chờ đợi ghép giác mạc, khâu cò mi.

- Múc nội nhãn, khoét nhãn cầu: khi hoại tử giác mạc toàn bộ, phòi tổ chức nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

3. **Điều trị hỗ trợ**

- Cần thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc – vitamin A...

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong thời gian điều trị theo dõi đánh giá sự đáp ứng với thuốc và sự tiến triển của ổ loét.

- Tái khám mỗi 6 tháng trong những trường hợp sẹo dày ở trung tâm để có kế hoạch ghép giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 55-58.
2. Thomas PA. (2003): *Fungal infection of the cornea. Eye (Lond).* Nov;17(8):852-62. Review.

3. Xie L, Zhai H, Shi W. (2007): *Penetrating keratoplasty for corneal perforation in fungal keratitis.* Cornea, Feb;26(2):158-62

VIÊM GIÁC MẠC DO VIRUS HERPES

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm giác mạc *Herpes simplex* là nguyên nhân thông thường nhất gây mù do giác mạc ở Tây bán cầu. Tỷ lệ từ 0,5 đến 1 trường hợp trong 1000 người. Có 12% trường hợp bị cả hai mắt. Ở người lớn có 85% những trường hợp phân lập được là virus herpes type1.

- Bệnh biểu hiện lâm sàng bắt đầu từ ngày thứ 3 đến 9 sau khi nhiễm.

- Nhiễm virus herpes tái phát ở giác mạc có thể biểu hiện 4 hình thái: viêm giác mạc biểu mô, viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa, viêm giác mạc nhu mô hoại tử và viêm giác mạc- màng bồ đào.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào lâm sàng:

- Cộm xốn, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cương tụ rìa, giảm thị lực. Giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

- Trong viêm giác mạc biểu mô: mất biểu mô ,có hình cành cây, bắt màu Fluoresceine, bờ chỗ mất biểu mô gồ lên bắt màu hồng Bengal. Phù lớp nhu mô và thâm nhiễm dưới biểu mô có thể xuất hiện sau 1 tuần.

- Trong viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa: Phù nhu mô, viêm khía, tủa sau giác mạc, tyndall ở tiền phòng dương tính. Viêm giác mạc hình cành cây kèm theo đồng thời hoặc có trước.

- Viêm giác mạc nhu mô hoại tử: thâm nhiễm nặng ở nhu mô, trắng đục, hoại tử. Giác mạc bị hỏng, đôi khi thủng, tân mạch giác mạc.

- Viêm giác mạc – màng bồ đào: viêm mống mắt khu trú với phù giác mạc khu trú, tủa sau giác mạc, tyndall dương tính, mống mắt sưng nề. Dính sau hoặc viêm mống mắt lan tỏa với mủ tiền phòng, tăng nhãn áp.

Cận lâm sàng:-Xét nghiệm tế bào học: bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét, sẽ thấy các tổn thương: tế bào biểu mô nhiều nhân **.**

- Xét nghiệm PCR: tìm gen của virus herpes, bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch. Xét nghiệm có tính đặc hiệu cao.

2.Chẩn đoán nguyên nhân:

Do virus *herpes simplex* type 1.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Viêm loét giác mạc do nấm.
- Viêm loét giác mạc do Acantheoba.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm tổn hại giác mạc thứ phát của hiện tượng nhiễm virus phân giải tế bào và đáp ứng miễn dịch đối với virus.

- Thuốc kháng virus có thể là liệu pháp hiệu quả nhất để điều trị viêm giác mạc biểu mô.

- Các thể lâm sàng khác có thể kết hợp điều trị corticoide. Chỉ dùng thuốc corticoide nhỏ tại chỗ khi biểu mô không khiếm khuyết

- Ghép giác mạc được chỉ định khi giác mạc bị thủng.

2. Điều trị đặc hiệu

- **Viêm giác mạc biểu mô**

- Nạo nhẹ biểu mô viêm để lấy bỏ những tổ chức hoại tử.

- Thuốc kháng virus tại chỗ: Trifluridine 1giọt/ lần X 5lần/ngày.

Hoặc mỡ Acyclovir 3% 5 lần/ ngày.

- **Viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa**

- Corticoide được chỉ định để ngăn ngừa sự viêm và phù: dung dịch Fluorometholone 1%, prednisolone acetate 1%.

- Trifluridine 1% 1 giọt/ lần X 3 đến 4 lần/ ngày.

- Acyclovir uống 200mg đến 400mg/ lần X 5 lần/ ngày.7-10 ngày.

- Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra mắt, một trong các loại sau: tobramycin, ofloxacin… tra mắt 5 lần mỗi ngày.

- **Viêm giác mạc nhu mô hoại tử**

- Thuốc điều trị giống như viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa.

- Ghép giác mạc khi giác mạc bị thủng.

- **Viêm giác mạc – màng bồ đào**

- Thuốc dãn đồng tử: dung dịch atropine 1%, mydrin – p X 2 lần/ ngày.

- Nếu tiến trình viêm không kiểm soát được thì dùng corticoide tại chỗ: dung dịch Fluorometholone, prednosolone acetate 1%.

- Acyclovir đường uống 200mg/ lần x 5 lần/ ngày trong 7 đến 10 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

- Thuốc liệt điều tiết: Atropine 1%.

- Các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc, thúc đẩy quá trình tái tạo biểu mô: như vitamin A, nước mắt nhân tạo.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám 1 tháng, 3 tháng, mỗi 6 tháng 1 lần để phát hiện bệnh tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 54-58.

2.Gupta N, Sachdev R, Sinha R, Titiyal JS, Tandon R.(2011) *Herpes zoster ophthalmicus: disease spectrum in young adults.* Middle East Afr J Ophthalmol. Apr;18(2):178-82.

3.Kaufman HE. (2011) *Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options.* Curr Opin Ophthalmol. Jul;22(4):290-3. Review.

GLAUCOME GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh thường xảy ra ở 2 mắt, xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm. Người bệnh thường tới khám ở giai đoạn muộn khi thị lực giảm nhiều và thị trường bị thu hẹp nặng.

- Là nguyên nhân mù hàng đầu ở người da đen, hàng thứ 3 người da trắng, 60% - 70% là ở người lớn, 15% là ở người trên 80 tuổi.

- Nguyên nhân mắc bệnh có đề cập đến yếu tố di truyền, di truyền theo nhiều gen, người cùng huyết thống với người bị bệnh, có nguy cơ mắc bệnh gấp 5 -6 lần người bình thường.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Giảm thị lực
- Mắt thường không đau nhức, chỉ cảm giác tức mắt nhẹ.
- Nhãn áp dao động, có thể tăng từng lúc.
- Tổn hại thị trường: ám điểm Bjerum, ám điểm bậc thang phía mũi. Thị trường hình ống là giai đoạn muộn.
- Đường kính của lõm gai rộng. Tỷ lệ lõm gai/gai thị (C/D) ≥ 4/10. Hoặc C/D chênh lệch giữa 2 mắt ≥ 2/10.
- Giai đoạn muộn lõm teo gai gần hoàn toàn, mạch máu dạt về phía mũi.
- Soi góc tiền phòng: góc mở.

Cận lâm sàng:các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp ảnh đĩa thị giác, chụp cắt lớp võng mạc - đĩa thị (optical coherence tomography OCT, Heidelberg Retina Tomopraph HRT),đo thị trường, siêu âm B…

2. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân chưa rõ ràng, nhưng có sự liên quan đến yếu tố di truyền.

3. Chẩn đoán phân biệt

Glaucome góc mở thứ phát: có thể gặp

- Hội chứng giả tróc bao.
- Glaucome sắc tố do viêm màng bồ đào hoặc chất thể thủy tinh (vỡ thủy tinh thể do chấn thương, sót chất thủy tinh thể sau phẫu thuật).

-Dùng corticoide tại chỗ hoặc toàn thân dài ngày.

- U nội nhãn, u hốc mắt, tăng áp lực tĩnh mạch thượng củng mạc (Rò động mạch cảnh xoang hang).

-Do chấn thương nhãn cầu (lùi góc tiền phòng, xuất huyết tiền phòng, xuất huyết dịch kính)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị nội khoa là chủ yếu, dùng thuốc suốt đời. Chỉ điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có kết quả hoặc không có điều kiện theo dõi điều trị.

Xác định nhãn áp đích cần đạt: đó là mức nhãn áp không gây tổn hại tiếp tục thị thần kinh.

- Nhãn áp cần điều chỉnh về mức bình thường của mắt người Việt Nam bình thường (15≤ NA < 22 mmHg), giao động nhãn áp trong 24 giờ không quá 5 mmHg (đo NA kế Maclackov, quả cân 10g).

-Glôcôm giai đoạn sớm: nhãn áp đích ≤21mmHg.
-Glôcôm giai đoạn tiến triển: nhãn áp đích ≤ 18 mmHg
-Glôcôm giai đoạn muộn: nhãn áp đích ≤ 16 mmHg.
-Glôcôm nhãn áp không cao: cần hạ khoảng 30% mức nhãn áp ban đầu.

2. Điều trị đặc hiệu

- **Nội khoa**

Mục đích hạ nhãn áp. Có thể dùng 1 loại thuốc hay phối hợp tùy thuộc vào mức độ nhãn áp (acetazolamid 250mg 2v x 2lần).

Giảm tiết thủy dịch:

+ Ức chế β: Timoptol, Betoptic, Timolol. Nhỏ mắt ngày 2 lần cách nhau 12 giờ.

Chống chỉ định: bệnh nhân hen suyễn, tim mạch, bệnh phổi...

+ Ức chế anhydrase carbonic: Dorzolamide (trusopt) hoặc Azopt 1% nhỏ mắt ngày 2-3 lần. Làm tăng thoát lưu thủy dịch.

+Tăng thoát thủy dịch qua đường màng bồ đào – củng mạc: Xalatan, Travatan nhỏ mắt ngày 1 lần.

- **Ngoại khoa**

- Chỉ định khi điều trị nội khoa không có kết quả hoặc lý do kinh tế. Bệnh nhân ở xa không có điều kiện đi tái khám.

- Các phương pháp điều trị ngoại khoa:

+ Phẫu thuật laser: tạo hình vùng bè bằng laser Agon.

+ Phẫu thuật cắt bè củng mạc.

3. Điều trị hổ trợ:

-Thuốc dãn mạch, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng thị thần kinh như ginko giloba, cavinton, ….

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân được theo dõi suốt đời, tái khám ít nhất 3 tháng hoặc 6 tháng để theo dõi tình trạng thị lực, nhãn áp, lõm gai thị và thị trường kể cả những trường hợp đã phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 83-88.

2. Giáo trình đào tạo sau đại học Nhãn khoa tập 2 ,Bệnh viện Mắt Trung Ương,trang 295-301.

3.Lam D.S, Tano Y., Rich R., Rao S.K. (2008): *Glaucoma Diagnostics, A-Z in Ophthalmology, Section A, Book 1*, Hong Kong, Bon Vision Limited.

4.Michael V Boland, Harry A Quigley (2011). *"Evaluation of a combined index of optic nerve structure and function for glaucoma diagnosis",* BMC Ophthalmology, 11:6

VIÊM TÚI LỆ MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi lệ mạn tính là bệnh khá phổ biến, do nhiều nguyên nhân, song thường gặp nhất là do tắc ống lệ - mũi mắc phải nguyên phát. Bệnh làm thay đổi cấu trúc, thành phần của phim nước mắt. Tác động xấu đến chức năng thị giác, chảy nước mắt gây khó chịu, giảm khả năng lao động và chất lượng sống.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Chảy nước mắt tự nhiên, có ghèn, dính mi mắt khi ngủ dậy.
- Ấn vùng túi lệ có chất nhầy hoặc mủ nhầy trào ra tại lỗ lệ.
- Bơm thuốc qua lệ quản không xuống mũi.
- Thử nghiệm Jones 1 âm tính.
- Chụp X quang có bơm thuốc cản quang qua lệ quản, thuốc ứ đọng trong túi lệ, không xuống ống lệ mũi.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Viêm tắc lệ đạo nguyên phát.
- Viêm tắc lệ đạo do chấn thương.
- Viêm tắc lệ đạo do khối u.
- Viêm tắc lệ đạo do sỏi.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Chảy nước mắt do kích thích, khi loại bỏ nguyên nhân kích thích sẽ hết.
- Viêm kết mạc, thường 2 mắt, có yếu tố dịch tễ, ấn vùng túi lệ không có chất nhày hoặc mủ nhầy ra tại lỗ lệ.
- Viêm túi lệ cấp thường có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau tại chỗ. Tiến triển cấp, có thể kèm theo sốt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị:

Phục hồi lưu thông nước mắt từ hố lệ xuống mũi, loại trừ yếu tố gây viêm túi lệ mạn.

2. Điều trị đặc hiệu:

- **Điều trị nội khoa:** có tác dụng để chuẩn bị cho phẫu thuật tạo đường dẫn lưu nước mắt từ hố lệ xuống mũi.
  - Tại chỗ: nhỏ thuốc kháng sinh hoạt phổ rộng ngày 5 lần.
  - Toàn thân: nếu có triệu chứng đợt viêm cấp dùng kháng sinh đường uống.
- **Điều trị ngoại khoa:**
  - Phẫu thuật tiếp khẩu túi lệ mũi qua nội soi (đường trong hốc mũi), tạo đường lưu thông nước mắt từ hố lệ xuống mũi.
  - Phẫu thuật tiếp khẩu túi lệ mũi theo đường ngoài nếu không có phương tiện và khả năng kỹ thuật.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Bơm rửa lệ đạo: dùng dung dịch kháng sinh hoặc nước muối sinh lý rửa qua lệ quản trước và sau phẫu thuật.

- Thuốc sau phẫu thuật:

+ Nhỏ thuốc kháng sinh tại chỗ như collyre tobramycine 0,3% ngày 5 lần x 4 tuần.

+ Uống kháng sinh hoạt phổ rộng 7 ngày.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi tình trạng lưu thông nước mắt sau phẫu thuật.
- Tính nguyên vẹn của dây silicone đặt trong lệ đạo với phẫu thuật có đặt ống silicone.
- Tình trạng dính, bít lỗ mở thông từ túi lệ xuống khe mũi giữa.
- Tái khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Nếu có đặt dây silicone trong lệ đạo sẽ cắt sau 4 đến 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 24-27.
2. Giáo trình đào tạo sau đại học Nhãn khoa tập 2 ,Bệnh viện Mắt Trung Ương,trang 90-91.
3. Jack J. Kanski, *"Clinical Ophthalmology"* (2008), Third edition.

GLAUCOME GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

Glaucome góc đóng nguyên phát là tình trạng ứ trệ lưu thông thủy dịch do góc tiền phòng bị đóng với nhiều nguyên nhân. Ở châu Á thường là Glaucome góc hẹp. Song tại Việt Nam, đa số các trường hợp là Glaucome góc đóng nguyên phát.

Những yếu tố nguy cơ của Glaucome góc đóng: người lớn tuổi, tiền phòng nông, góc tiền phòng hẹp, mắt viễn thị và tiền căn gia đình có người mắc bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- **Triệu chứng cơ năng:**

Bệnh khởi phát đột ngột, diễn biến rầm rộ, thường xảy ra vào chiều tối, sau một xúc động mạnh bệnh nhân đột ngột đau nhức mắt, nhức nửa đầu cùng bên mắt bị bệnh.

- Nhìn mờ.
- Thấy quầng nhiều màu sắc quanh nguồn sáng.
- Buồn nôn và nôn.

- **Triệu chứng thực thể:**

- Nhãn áp cao, có thể trên 35 mmHg.
- Thị lực giảm.
- Cương tụ rìa.
- Giác mạc phù, mất bóng.
- Đồng tử dãn méo và mất phản xạ ánh sáng.
- Tiền phòng nông, thủy dịch vẫn đục nhẹ (Tyndall +).
- Đáy mắt thường không soi rõ, có thể có phù đĩa thị.
- Góc tiền phòng đóng, có thể dính góc.

Cận lâm sàng: soi góc tiền phòng khi giác mạc giảm phù, đo thị trường, siêu âm B và chụp hình đáy mắt xem lõm gai (tổn thương gai thị)..

Xét nghiệm tiền phẫu.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Do chu vi mống mắt gây bít vùng bè (đóng góc).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Glaucome góc đóng thứ phát do thủy tinh thể, viêm mống mắt.
- Glaucome tân mạch.
- Hội chứng nội mô giác mạc mống mắt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị:

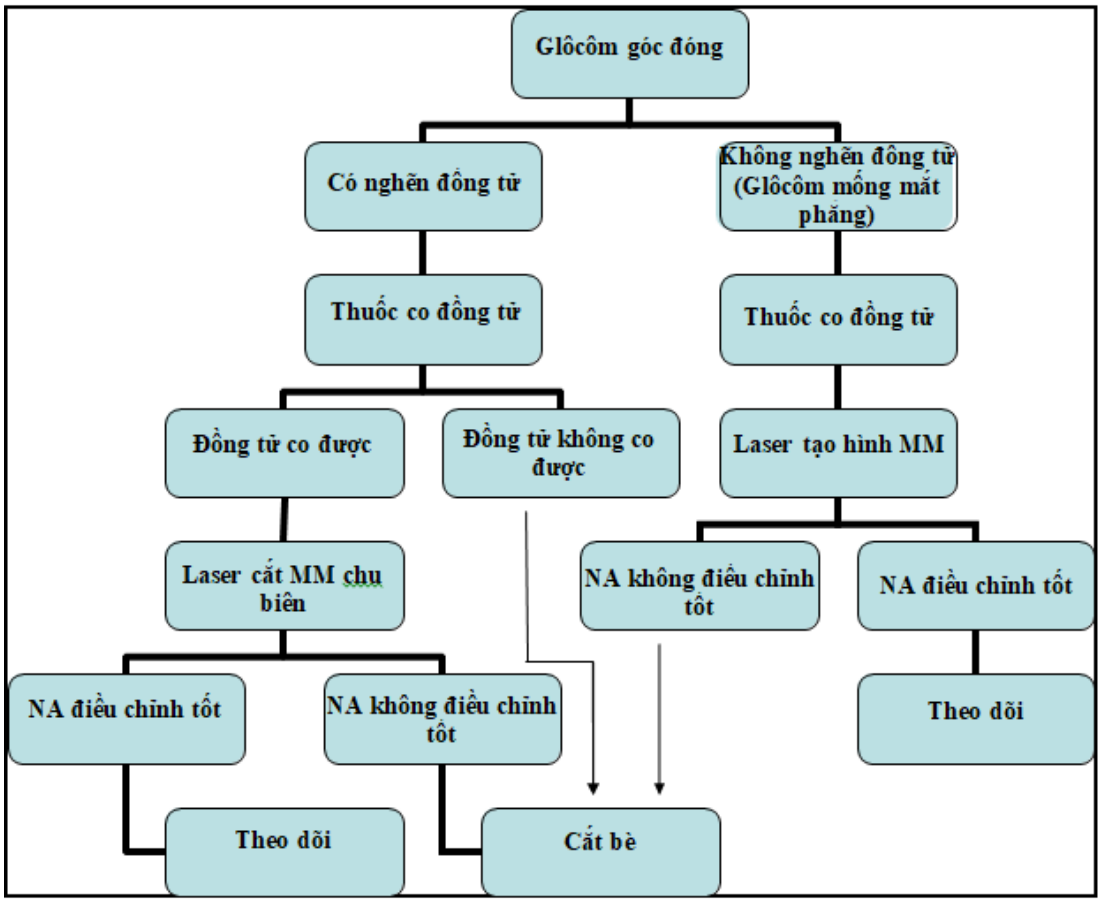
Nhằm 3 mục đích

- Cắt cơn cấp, bảo vệ thị thần kinh và vùng bè.

- Bảo vệ mắt còn lại.
- Điều trị triệt để.

2. Điều trị đặc hiệu:

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT



.Điều trị nội khoa:

Mục đích hạ nhãn áp bằng cách phối hợp các thuốc, để bảo vệ thị thần kinh và vùng bè.

- Ức chế anhydra carbonic: acetazolamide (Diamox) 250 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống cách 6 giờ (khi sử dụng, làm mất kali nên theo dõi ion đồ, chú ý bồi hoàn kali).
- Co đồng tử: pilocarpin 2% x 4 lần/ngày cách nhau 6 giờ.
- Beta blocquant: Timoptol 0,5% nhỏ mắt ngày 2 lần cách nhau 12 giờ (lưu ý có tác dụng phụ lên tim, phổi).
- Prostaglandin: travatan 0,004% nhỏ mắt ngày 1 lần.
- Tăng thẩm thấu: dung dịch Mannitol 20% truyền tĩnh mạch, cho chảy tốc độ nhanh, khi nhãn áp tăng quá cao.

- **Điều trị ngoại khoa:** trước khi có chỉ định ngoại khoa cần phải **soi góc** lại để đánh giá tình trạng của góc hiện tại.

- Cắt mống mắt chu biên bằng Laser YAG hoặc phẫu thuật. Nếu tình trạng dính góc ít hoặc không có.

- Cắt bè củng mạc nếu dính góc nhiều hoặc điều trị nội khoa nhãn áp không giảm.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Thuốc giảm đau, an thần.
- Thuốc tăng cường dinh dưỡng thần kinh võng mạc.
- Điều trị dự phòng mắt phía bên kia: cắt mống chu biên bằng Laser YAG.
- Cắt mống bằng phẫu thuật chỉ áp dụng khi Laser không có kết quả.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng để theo dõi nhãn áp và thị trường và gai thị.
- Trong quá trình theo dõi nếu có đục thủy tinh thể thì nên phẫu thuật thủy tinh thể sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang78-83.

2. Giáo trình đào tạo sau đại học Nhãn khoa tập 2 ,Bệnh viện Mắt Trung Ương,trang285-294.

3. David Meyer, Ronel van Schalkwyk (2006), *"Update on Current Medical Therapy of Glaucoma" in Mastering the techniques of glaucoma: diagnosis and management* (Ashok Garg, Giorgio Marchini) an imprint of JAYPEE BROTHERS, pp. 157-170 .

4.Harinder S Sethi et al (2006), *"Medical management of glaucoma"* in *" Mastering the techniques of glaucoma: diagnosis and management"* (Ashok Garg, Giorgio Marchini) an imprint of JAYPEE BROTHERS, pp. 137-156.

BỆNH VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh võng mạc đái tháo đường (diabetic retinopathy: DR) là một trong những biến chứng tại mắt của bệnh đái tháo đường. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở người dưới 50 tuổi.

Mắc bệnh sau 15 năm có 98% đái tháo đường (ĐTĐ) type 1 bị bệnh võng mạc đái tháo đường DR và 30% có bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR); với ĐTĐ type 2 có 58 - 85% xuất hiện DR và 4 - 20% bị PDR (theo WESDR).

II.CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ALFEDIAM

Bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh (NPDR)	
NPDR nhẹ	Vi phình mạch Xuất huyết võng mạch nông, số lượng ít
NPDR vừa	Vi phình mạch và/hoặc sốt xuất huyết võng mạc nông nhiều hơn; và/hoặc nốt bông; và/hoặc IRMA ít; và/hoặc bất thường tĩnh mạch (< 2 góc tư); và/hoặc xuất huyết dạng vết < 4 góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu khu trú
NPDR nặng	Luật 4:2:1 - Xuất huyết võng mạc ở 4 góc tư và/hoặc bất thường tĩnh mạch (dãn tĩnh mạch chuỗi, quai tĩnh mạch) ở 2 góc tư và/hoặc bất thường vi mạch võng mạc (IRMA) ở 1 góc tư - Vùng võng mạc thiếu máu lớn

Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR)	
PDR bắt đầu	Tân mạch trước võng mạc < 1/2 đường kính gai thị (PD)
PDR vừa	Tân mạch trước võng mạc ≥ 1/2 PD ± tân mạch trước gai < 1/4 - 1/3 PD
PDR nặng	Tân mạch trước gai ≥ 1/4 - 1/3 PD
PDR có biến chứng	Xuất huyết pha lê thể, trước võng mạc; bong võng mạc do co kéo hoặc có lỗ rách, mống hồng, glaucoma tân mạch

Bệnh hoàng điểm đái tháo đường:

- Phù hoàng điểm: trong vùng cách trung tâm 500µm; hoặc phù ≥ 1PD, có một phần nằm trong vùng cách trung tâm hoàng điểm 1 PD (1500µm). Phù khu trú có thể xuất tiết hoặc không. Phù lan tỏa: phù không nang, phù dạng nang.
- Bệnh hoàng điểm thiếu máu.

Cận lâm sàng:Chụp hình đáy mắt, OCT, FA, siêu âm B,…

Xét nghiệm sinh hóa máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Mục tiêu điều trị:**

- **Điều trị nội khoa:** để kiểm soát các yếu tố:
  - HbA1c < 6,5%
  - HA < 130/80 mmHg
  - LDL cholesterol < 1g/l
- **Laser:** Mục đích làm giảm phần mô thiếu máu gây phóng thích yếu tố tăng sinh mạch máu. Giảm phù. Giảm tân mạch (70% - 90% bệnh nhân PDR). Giảm nguy cơ mù lòa (> 50% bệnh nhân PDR).
- **Phẫu thuật:** Để giải quyết tình trạng xuất huyết PLT cản trở laser võng mạc hoặc tái phát nhiều lần sau PRP 2 - 4 tháng, trường hợp có co kéo hoàng điểm, bong võng mạc, có vết rách.

2. **Điều trị đặc hiệu:**

Laser toàn bộ võng mạc (PRP):

- Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR)

+ PDR và mống hồng: làm PRP cấp cứu trong 1 - 2 tuần.

+ PDR nặng hoặc biến chứng xuất huyết pha lê thể hoặc trước võng mạc: làm PRP trong 6 tuần - 2 tháng.

+ PDR vừa: làm PRP mỗi tháng một đợt.

+ PDR nhẹ: làm PRP mỗi 1 - 2 tháng một đợt.

- Bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh nặng (tiền tăng sinh): làm PRP mỗi 1 - 2 tháng một đợt.

- Mắt kia có PDR hoặc NPDR nặng.

- Không có điều kiện theo dõi.

- Thai kỳ, kiểm soát đường huyết , mổ đục thủy tinh thể, DR nở hoa, DR type 1.

- **Phương pháp thực hiện:**

Đợt 1: laser dưới cung mạch thái dương dưới.

Đợt 2: laser bảo vệ hoàng điểm phía thái dương (3 - 4 hàng) và trên cung mạch thái dương trên.

Đợt 3: laser phía dưới mũi gai thị, phía thái dương hoàng điểm đến hết cung mạch thái dương.

Đợt 4: hoàn tất phần võng mạc còn lại đến xích đạo.

- **Laser bệnh hoàng điểm thể phù:**

- Thời điểm dùng laser phải thích hợp.

- Theo dõi tiến triển tự nhiên trong 4 - 6 tháng để điều chỉnh đường huyết và huyết áp. Đợi và theo dõi trong 6 tháng đến 12 tháng, nếu phù hoàng điểm sau mổ đục thủy tinh thể hoặc sau PRP.

- **Phương pháp thực hiện laser:**

- Laser khu trú trong phù hoàng điểm khu trú hay kết hợp phù lan tỏa.

- Laser dạng lưới (grid) trong phù hoàng điểm lan tỏa còn tồn tại sau hai lần khám (cách nhau 4 - 6 tháng). Nếu TL ≥ 5/10: Grid cách trung tâm hoàng điểm 1500µm (1PD), TL < 5/10: Grid cách tâm vùng vô mạch 500µm.

	Vùng	**Kích thước điểm chạm**	**Thời gian chạm**	**Năng lượng**	**Tổng vết chạm**
PRP	Cách trung tâm HĐ 2PD và bờ gai phía mũi 500µm	350 - 500µm (3 gương Goldmann)	0,05 - 0,1 giây	Vết chạm trắng ngà (≥ 120mW)	350 - 500/đợt
Laser hoàng điểm	Khu trú, cách trung tâm 1500µm	50 - 100µm	0,05 - 0,1 giây	Vết chạm có thể thấy	Điểm rò + bề mặt vùng phù
	Grid, cách trung tâm 500 - 1500µm	50 - 100µm	0,05 - 0,1 giây	Vết chạm khó thấy	3 - 4 hàng, cách bờ gai phía TD 500µm

- **Phẫu thuật:** Khi xuất huyết pha lê thể cản trở laser võng mạc hoặc tái phát nhiều lần sau PRP 2 - 4 tháng. Thực hiện trong 6 tuần đến 3 tháng.

Phẫu thuật cấp cứu trong trường hợp xuất huyết pha lê thể 2 mắt, mắt độc nhãn, chưa làm laser trước đó, người trẻ. Bong võng mạc có co kéo hoàng điểm, có vết rách.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chỉ định điều trị bằng chất kháng yếu tố tạo nội mô mạch máu (anti Vascular endothelial groeth factor: VEGF) tiêm vào pha lê thể, trước phẫu thuật cắt pha lê thể 7 ngày để giảm nguy cơ chảy máu và dễ dàng cho phẫu thuật, hoặc với bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh biến chứng xuất huyết pha lê thể, bong võng mạc.

+ Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt pha lê thể, giúp làm giảm nguy cơ xuất huyết tái phát, mau hấp thu máu, cải thiện thị lực.

+ Bệnh nhân xuất hiện mống hồng và glaucoma tân mạch bắt đầu.

- Lucentis mỗi tháng 0,5ml trong 3 tháng hoặc triamcinolone với bệnh nhân có phù hoàng điểm lan tỏa.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Lần đầu chụp đáy mắt (FO): Sau 5 năm phát hiện ĐTĐ type 1 và ngay khi phát hiện ĐTĐ type 2.
- Theo dõi:
  + Không có DR: khám mỗi 1 - 2 năm.
  + PDR nhẹ: chụp FO hàng năm.
  + PDR vừa: chụp FO mỗi 6 tháng, có thể chụp FA hoặc không.
  + PDR nặng: chụp FO mỗi 4 - 6 tháng, có thể chụp FA hoặc không.
  + Sau:
  • Sau PRP: chụp FA sau 2 - 4 tháng.
  • Sau laser HĐ: laser khu trú, tái khám sau 4 - 6 tháng.
  • Laser lưới (Grid), tái khám sau 4 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Nhãn khoa tập 3 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 268-284.
2.American Academy of Ophthalmology 2008. Retina and vitreous , p 112-114.
3.Manual of Ocular Diagnosis and Therapy ,sixth edition, Lippincott Williams and Wilkins.p 188-189.

BỆNH HẮC VÕNG MẠC
TRUNG TÂM THANH DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (CSCR :Central serous chorioretinopathy) là một bệnh vô căn, đặc trưng bởi bong thanh dịch của võng mạc cảm thụ tại hoàng điểm, do rò rỉ từ mao mạch hắc mạc qua biểu mô sắc tố võng mạc (RPE).

Có hai loại:

- Bệnh hắc võng mạch trung tâm thanh dịch khu trú: rò rỉ có thể khu trú ở một vài điểm.
- Bệnh hắc võng mạch trung tâm thanh dịch lan tỏa: rò rỉ lan tỏa từ một vùng RPE tăng tính tấm.

Bệnh gặp ở nam từ 22 - 55 tuổi, nữ gặp ở tuổi lớn hơn. Nam nhiều gấp 6 - 10 lần nữ.

Yếu tố nguy cơ gồm: thai kỳ, stress, dùng thuốc chống trầm cảm, dùng steroids, hội chứng Cushing, Lupus.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- **Biểu hiện:** Nhìn hình méo, rối loạn sắc giác trục xanh - vàng, giảm cảm giác tương phản, giảm thích ứng sáng - tối, ám điểm trung tâm.
- **Khám:**

- Thị lực: giảm đến 7/10 - 3/10, nhưng chỉnh kính viễn đạt 10/10.
- Soi đáy mắt (FO) bằng đèn khe với kính 60 - 90 diop thấy quầng phù, rò rỉ trên võng mạc, xuất tiết ở hoàng điểm, bất thường RPE (mất sắc tố, tao, tăng sản).

- **Các phương pháp thăm dò:**

- Amsler gird test: xác định hiện tượng méo hình.
- Chụp cắt lớp võng mạc (OCT): tách lớp giữa võng mạc cảm thụ và RPE, khiếm khuyết RPE.
- Chụp đáy mắt có fluorescein (FA): đốm tăng fluorescein sớm, lớn dần thành hình ống khói ở thì tĩnh mạch, cuối cùng lan tỏa trong vùng phủ; hoặc đốm tăng fluorescein sớm, dần dần rộng ra.
- Indocyanine green angiogram (ICGA): thì sớm thấy mạch máu hắc mạc vùng cực sau bị dãn hoặc bị xâm phạm; thì giữa thấy vùng tăng fluorescein do hắc mạc tăng tính thấm.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Các nguyên nhân rò rỉ qua RPE khác như tân mạch hắc mạc, viêm, u.
- Thoái hóa hoàng điểm liên quan đến tuổi (ARMD).
- Bong võng mạc có lỗ rách.
- Bong biểu mô sắc tố.

- Hố gai thị.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị:

Chủ yếu bệnh tự tiến triển, điều trị chỉ mang tính hỗ trợ.

2. Tiến triển:

- **Phần lớn bệnh nhân tự khỏi**: trong vòng 3 - 6 tháng. Có 80 - 90% bệnh nhân thị lực phục hồi ≥ 8/10. Dù vậy, bệnh nhân có thị lực trung tâm tốt vẫn có bị rối loạn sắc giác, méo hình, mất cảm nhận tương phản. Hiếm khi bị quáng gà.

  Nguy cơ tái phát gặp 40 - 50% bệnh nhân có mắt đã bị CSCR khu trú.
- **Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch mạn tính**: khi bệnh kéo dài > 12 tháng. Các bệnh nhân bị CSCR mạn tính do teo RPE tiến triển. Sau cùng thị lực có thể giảm đến 1/10 (20/200) và tổn thương RPE lan tỏa. Chụp FA thấy tăng fluorescein dạng hạt và một vài điểm rò rỉ. Một số ít trường hợp bị phù hoàng điểm dạng nang (CMO), tân mạch hắc mạc (CNV), rách RPE.
- **Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch bọng**: bong võng mạc RPE rộng.

3. Điều trị đặc hiệu:

Phần lớn các trường hợp chỉ theo dõi.

- Giảm yếu tố nguy cơ: ngưng điều trị steroids nếu có thể, thay đổi lối sống để giảm stress.

- Quang đông bằng laser: quang đông vùng RPE rò rỉ không làm thay đổi tiên lượng về thị lực hay tần suất tái phát.

+ Trước khi làm laser, nên chờ 4 tháng đối với mắt bị bệnh lần đầu hoặc 1 - 2 tháng trong trường hợp tái phát.

+ Làm laser khi bệnh xuất hiện ở mắt đối bên và thị lực ở mắt bị CSCR cũ còn thấp; hoặc tái phát trên mắt thị lực còn thấp.

+ Thực hiện laser cách hố trung tâm 1.500µm khi TL < 5/10: hai đến ba vết chạm (200µm, 0,2 giây) tạo trên RPE vết bỏng nhẹ màu xám nhạt.

- Photodynamic therapy (PDT) trong rò rỉ hố trung tâm hoặc bệnh mạn tính: Dùng 30% liều verteporfin dùng trong CNV (2mg/kg cân nặng truyền TM trong 8 - 10 phút), kết hợp laser với 50% cường độ ánh sáng.

- Tiêm pha lê thể thuốc chống yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu (anti-VEGF).

4. Điều trị hỗ trợ:

- Acetazolamide 0,25g, 1 - 3 viên/ngày: giảm phù hoàng điểm + bù kali.

-Thuốc tăng cường sự vững bền thành mạch: acid ascorbic (vitamin C) .

- Vitamin giúp phục hồi chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc: nicotinamid (vitamin PP) viên 500mg ngày uống 2 viên (chia 2 lần) trong 2 tuần.

- Vastarel và/hoặc Tanakan 40mg (3 viên/ ngày).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi chặt chẽ trong 2 - 4 tháng đầu để xem bệnh tự khỏi hay phải điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 129-132.

2.Nhãn khoa tập 3 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 215-220.

3. Leveque TK, Yu L, Musch DC, Chervin RD, Zacks DN. *Central serous chorioretinopathy and risk for obstructive sleep apnea*. Sleep Breath. Dec 2007;11(4):253-7.

4.Tewari HK, Gadia R, Kumar D, Venkatesh P, Garg SP. *Sympatheticparasympathetic activity and reactivity in central serous chorioretinopathy: a case-control study*. Invest Ophthalmol Vis Sci. Aug 2006;47(8):3474-8.

MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

Mộng thịt là sự tăng sinh lành tính có dạng hình tam giác của lớp mô sợi-mạch dưới kết mạc, xâm lấn qua rìa giác - củng mạc tại vùng khe mi nhãn cầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng cơ năng: cộm, xốn mắt, có khi nhìn mờ do mộng thịt che hoặc loạn thị không đều.
- Triệu chứng thực thể: khối mô sợi - mạch hình tam giác phát sinh tại vùng khe mi (góc trong hoặc góc ngoài), phát triển về hướng giác mạc, hình thành đầu mộng, thân mộng và gốc mộng.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó để xác định nguyên nhân gây ra mộng thịt. Các yếu tố thuận lợi dễ gây ra mộng thịt bao gồm:

- Tia cực tím gây ra sự thay đổi các tế bào biểu mô và lớp mô bên dưới kết mạc.
- Viêm nhiễm, khô mắt.
- Rối loạn tế bào mầm vùng rìa.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Mộng mỡ.
- Viêm thượng củng mạc.
- Lymphona kết mạc.
- Mộng thịt giả.

4. Phân loại:

- Theo tính chất: mộng tiến triển và mộng thoái triển.
- Theo mức độ tiến triển:
  + Độ I: đầu mộng phát triển tới rìa giác mạc.
  + Độ II: đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc < 2,0mm.
  + Độ III: đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc 2,0 - 4,0mm, tới bờ đồng tử.
  + Độ IV: đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc > 4,0mm, vượt qua bờ đồng tử.
- Theo tính chất tái phát: mộng nguyên phát và mộng tái phát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa:

- Nước mắt nhân tạo nhỏ tại chỗ, giúp giảm kích thích.
- Mắt kích thích nhiều hoặc mộng viêm: nhỏ mắt bằng corticoides 3 - 4 lần mỗi ngày, nhưng không dùng kéo dài.

2. Phẫu thuật:

- **Chỉ định:** mộng độ II trở lên, ảnh hưởng chức năng thị giác hoặc vì ly do thẩm mỹ.
- **Phương pháp phẫu thuật:**

- Cắt mộng đơn thuần có thể phối hợp ghép kết mạc rìa tự thân hoặc không với mộng thoái triển.

- Cắt mộng phối hợp ghép kết mạc rìa tự thân.

- Cắt mộng phối ghép kết mạc rìa tự thân và áp Mytomycin C, áp dụng cho các trường hợp mộng dễ tái phát hoặc tái phát.

- **Điều trị sau phẫu thuật:**

- Kháng sinh toàn thân uống , nhỏ và tra thuốc mỡ tại chỗ.

- Giảm đau.

- Nhỏ mắt bằng kháng viêm nonsteroid và kháng viêm steroid sau phẫu thuật 1 tuần.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau 1 tuần: cắt chỉ và sau đó 1 tháng.

- Theo dõi tình trạng mảnh ghép.

- Nếu bệnh nhân điều trị bằng steroid tại chỗ, kiểm tra mỗi 1 - 2 tuần theo dõi phản ứng viêm và tác dụng phụ của steroid, giảm dần rồi ngưng khi phản ứng viêm được cải thiện.

- Bệnh nhân không triệu chứng tái phát sau 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Nhãn khoa tập 2 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 24-25.

2. Manual of Ocular diagnosis and therapy ,sixth edition,Lippincott William and Wilkins, p 52-53.

3.Jack J.Kanski: Clinical Ophthalmology. Butterworth-Heineman, 2003.

BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng mắt có thể do nhiều tác nhân, tập trung theo các nhóm:

- Bỏng do hóa chất thường gặp nhất là acid và base.
- Bỏng do nhiệt.
- Bỏng do một số tác nhân khác: tia cực tím như ánh lửa hàn.

Mức độ trầm trọng của bỏng do hóa chất tùy thuộc nồng độ, thời gian tiếp xúc, diện tích tiếp xúc với hóa chất, độ pH.

II.CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tiền sử: bệnh nhân bị tai nạn, mắt tiếp xúc trực tiếp với hóa chất có thể gây bỏng.
- Triệu chứng cơ năng:

.Đau dữ dội, chảy nước mắt, co quắp mi.

.Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.

- Triệu chứng thực thể

. Mi mắt bỏng các mức độ, đặc biệt bờ mi, có thể điểm lệ cũng bị tổn thương.

. Kết mạc có thể gặp: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc.

. Giác mạc có thể mờ đục nhẹ, có thể xước biểu mô giác mạc hay nặng hơn là giác mạc mờ đục ,thậm chí đục trắng sứ, nên không thấy mống mắt, thể thuỷ tinh.

. Có phản ứng với màng bồ đào: Tyndal (+), dính mống mắt, có thể tăng nhãn áp.

.Đo độ pH xác định tính chất bỏng là axít hay bỏng kiềm.

-Triệu chứng toàn thân :

. Mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt

. Nếu bỏng nặng, có diện tích bỏng rộng có thể gây sốc.

*Cận lâm sàng

-Siêu âm: xác định các tổn thương phối hợp.

-XQ: xác định những tổn thương phối hợp như dị vật nội nhãn trong nổ (Ví dụ như nổ bình ắc-quy).

-Đo pH.

Phân loại bỏng:

Theo phân loại của Poliak (1957): Bỏng được chia làm 4 độ

Độ	Biểu hiện ở mi	Biểu hiện ở kết mạc và củng mạc	Biểu hiện ở giác mạc
I	Cương tụ da	Cương tụ kết mạc	Chợt biểu mô nông
II	Bọng nước	Màng giả (thiếu máu kết mạc)	Đục nông, vẫn thấy rõ hình ảnh mống mắt
III	Hoại tử da	Hoại tử kết mạc một phần	Đục sâu không hoàn toàn (như kính mờ)
IV	Hoại tử dưới da và sụn	Hoại tử kết mạc và củng mạc	Đục sâu hoàn toàn (màu trắng sứ)

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Bỏng do hóa chất có thể gặp do tai nạn lao động, tiêu cực xã hội hoặc chiến tranh. Hóa chất thường gặp là chất kiềm như amoniac, vôi, NaOH hoặc acid như acid sulphuric, hydrochloric, acetic, hay phosphor.

- Dựa vào bệnh sử: bệnh nhân bị hóa chất vào mắt.
- Hóa chất còn lại tại mắt.
- Đo pH tại cùng đồ kết mạc.
-Dựa vào siêu âm mắt và XQ…

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Bỏng nhiệt.
- Bỏng do phóng xạ.
- Bỏng do ánh sáng.
- Viêm kết mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Xử trí sớm, ngay tại nơi xảy ra tai nạn, loại bỏ nhanh và tối đa tác nhân gây bỏng. Nếu bỏng do acid hoặc kiềm sẽ rửa bằng bất cứ nước sạch nào có sẵn tại hiện trường.

- Nếu bỏng do vôi hoặc phospho phải lấy sạch tối đa chất gây bỏng ra khỏi mắt sau đó mới rửa mắt. Không rửa bằng nước.

2. Điều trị đặc hiệu:

- Loại trừ tác nhân gây bỏng. Nếu bỏng do acid hoặc chất kiềm rửa mắt bằng nước muối sinh lý hoặc lactate ringer, dùng dây truyền dịch rửa sạch cùng đồ, rửa đến khi pH về trung tính (7,3 - 7,7). Sau 5 phút thử lại độ pH để xác định độ pH đã bình ổn.

Trường hợp bỏng nặng, đặc biệt bệnh nhân đến sớm hơn 2 giờ sẽ rửa và tái tạo tiền phòng bằng nước muối sinh lý hoặc lactate ringer.

- Thuốc dãn đồng tử và liệt thể mi: Atropin 1% nhỏ 2 lần/ngày.

- Thuốc kháng viêm nonsteroid: Indocollyre 1% 4 lần/ngày.

-Kháng sinh tra và uống kết hợp: kháng sinh phổ rộng như Quinolol thế hệ 4, mỡ kháng sinh tra mắt. Đường uống sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch tùy mức độ bỏng.

- Chống dính: rửa mắt lau sạch tiết tố hàng ngày, tách dính cùng đồ và hướng dẫn bệnh nhân tập vận động nhãn cầu, không được băng mắt.

-Các thuốc tăng cường dinh dưỡng: nước mắt nhân tạo, các thuốc tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

-Kính tiếp xúc: có thể dùng sau vài tuần để bảo vệ lớp biểu mô và mô nhục, giúp lớp biểu mô tái tạo nhanh.

-Giảm đau và an thần.

Điều trị các biến chứng:

Biến chứng sớm:

- Tăng nhãn áp: tại chổ nhỏ collyreTimolol 0,5% nhỏ 2 lần/ngày và toàn thân uống acetazolamide 250mg.
- Thủng giác mạc: khâu phủ kết mạc.
- Khô mắt và dính mi cầu bằng que bông ngày 2 lần sau khi nhỏ thuốc tê bề mặt. Nhỏ nước mắt nhân tạo.

Phẫu thuật:

- Phẫu thuật sớm: phủ bao Tenon để ngăn ngừa loét giác mạc. Ghép tế bào gốc vùng rìa tự thân. Ghép màng ối.
- Phẫu thuật muộn: bóc tách các dài băng dính kết mạc, mộng thịt giả.
- Ghép kết mạc hoặc niêm mạc tự thân. Ghép giác mạc được cân nhắc chỉ định sau ít nhất 6 tháng.
- Tái tạo và sửa mi mắt bị biến dạng sau bỏng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám định kỳ sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Theo dõi sự lành biểu mô, các biến chứng: tăng nhãn áp, nhiễm trùng, thủng giác mạc, dính mi cầu, hở mi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Mắt của Bộ Y Tế 2015, trang 33-37.

2. Nhãn khoa tập 2 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 391-416.

3.Basu S, Ali H, Sangwan VS. (2012) *"Clinical outcomes of repeat autologous cultivated limbal epithelial transplantation for ocular surface burns."* Am J Ophthalmol. 2012 Apr;153(4):643-50,

4.Crawford AZ, McGhee CN. (2012) *"Management of limbal stem cell deficiency in severe ocular chemical burns."* Clin Experiment Ophthalmol.;40(3):227-9

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm loét giác mạc do vi khuẩn là bệnh mắt phổ biến ở các nước đang phát triển. Đây là một bệnh nặng. Các triệu chứng tiến triển nhanh và rầm rộ, đòi hỏi phải điều trị sớm ngay từ đầu, điều trị tích cực, nếu không sẽ để lại biến chứng trầm trọng như thủng giác mạc, giảm thị lực nặng nề, thậm chí với trường hợp nặng phải bỏ nhãn cầu.

- Bệnh thường sau chấn thương gây xước, trợt giác mạc, đặc biệt là gây ra do thực vật như hạt thóc, lá lúa, lá cây.

- Tổn thương biểu mô giác mạc do biến chứng của bệnh mắt hột, khô mắt do thiếu vitamin A, liệt thần kinh VII ngoại biên mắt nhắm không kín, đeo kính tiếp xúc thường xuyên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- **Dấu hiệu lâm sàng:**

- Triệu chứng cơ năng: cộm xốn tăng dần, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi. Đau âm ỉ tại mắt. Giảm thị lực tùy thuộc mức độ tổn thương giác mạc.

- Triệu chứng thực thể:

+ Mi mắt: sưng nề.

+ Kết mạc: cương tụ rìa hoặc cương tụ toàn bộ kết mạc.

+ Giác mạc: có tổn thương loét, biểu mô bờ ổ loét ranh giới rõ. Viêm mủ dày đặc ở nhu mô và phù xung quanh. Ổ loét lõm sâu, bờ nham nhở, đáy ổ loét có tiết tố mủ nhày. Nhuộm fluorescein ổ loét bắt màu xanh lá cây.

+ Trường hợp nặng có thể có mủ tiền phòng, màng xuất tiết ở diện đồng tử.

- Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của từng loại vi khuẩn:

+ Trực khuẩn mủ xanh: tiến triển rất nhanh, sau 1 - 2 ngày ổ loét lan rộng, thâm nhiễm lan tỏa trong nhu mô, nhanh chóng thành ổ áp xe chiếm phần lớn hoặc toàn bộ giác mạc. Thường có mủ tiền phòng. Có thể gây thủng giác mạc trong 48 giờ.

+ Tụ cầu vàng: ổ loét hình oval trắng - vàng, đục, ăn sâu xuống nhu mô được bao quanh bởi vùng giác mạc còn trong.

+ Staphylococcus epidermidis: những vết loét tròn hay bầu dục giữ nguyên dạng rất lâu trên giác mạc.

+ Phế cầu: vết loét lúc đầu khu trú, dần dần lan vào giữa, bờ ổ loét gồ được bao phủ lớp biểu mô dày.

+ Nhiễm Enterobacteria thường loét nông, nhiều chấm mủ, trắng - xám và đục nhu mô lan tỏa.

+ Moraxella: ổ loét ở trung tâm hay cạnh trung tâm giác mạc, hình tròn, tiến triển vào sâu giác mạc, có thể kèm mủ tiền phòng.

+ Lậu cầu: xâm nhập vào lớp sâu giác mạc, xuyên qua biểu mô còn nguyên vẹn nhanh chóng gây loét hoại tử và thủng giác mạc.

Xét nghiệm:

- Soi tươi nhuộm Gram: phát hiện loại vi khuẩn.
- Nuôi cấy phân lập vi khuẩn, kháng sinh đồ.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Vi khuẩn thường gặp: tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh. Ít gặp hơn là Moraxella, Staphyloccocus epidermidis, phế cầu, Enterobacteria.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm loét giác mạc do nấm.
- Viêm loét giác mạc do vi rút Herpes.
- Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị tại chỗ với kháng sinh phổ rộng ngay sau khi lấy bệnh phẩm và không cần chờ kết quả kháng sinh đồ.
- Trong khi chờ kết quả kháng sinh đồ, nếu diễn biến lâm sàng tốt, đáp ứng với điều trị thì không nên thay đổi kháng sinh.
- Chống chỉ định dùng corticoid tại chỗ.

2. Điều trị đặc hiệu:

- **Điều trị nội khoa:**

- Điều trị ban đầu dựa vào hình thái lâm sàng và kết quả soi nhuộm Gram.

Vi khuẩn	**Kháng sinh**	**Thuốc tra**	**Chích dưới kết mạc**
Cầu khuẩn Gram (+)	Cefazolin Vancomycin	50mg/ml 50mg/ml	100mg trong 0,5ml 25mg trong 0,5ml
Trực khuẩn Gram (-)	Tobramycin Ceftazidim Fluoroquinolon	9 - 14mg/ml 50mg/ml Vigamox, Cravit, Ofloxacin 0,3%	20mg trong 0,5ml 100mg trong 0,5ml
Không có vi khuẩn hoặc có nhiều loại vi khuẩn	Cefazolin Với: Tobramycin Hoặc: Fluoroquinolon	50mg/ml 9 - 14 mg/ml Vigamox, Gatifloxacin, Cravit, Oflovid, Ciloxan 0,3%	100mg trong 0,5ml 20mg trong 0,5ml
Cầu khuẩn Gram (+)	Ceftriazon Ceftazidim	50mg/ml 50g/ml	100mg trong 0,5ml
Mybobacteria	Amikacin	20mg/ml	20mg trong 0,5ml

- Đường dùng thuốc tùy theo mức độ viêm loét giác mạc.

+ Với thuốc nhỏ, nhỏ nhiều lần trong ngày, thậm chí 15 - 30 phút/lần.

+ Trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng lan vào củng mạc hoặc nội nhãn, bổ sung kháng sinh chích dưới kết mạc hoặc tĩnh mạch.

Khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

- **Điều trị ngoại khoa:**

Nhằm giải quyết biến chứng và di chứng.

- Ghép giác mạc: trường hợp phòi màng Descemet hoặc thủng giác mạc cần tiến hành ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.

- Ghép màng ối: đối với những trường hợp loét giác mạc kéo dài khó hàn gắn, ổ loét lõm sâu mất chất.

- Khâu phủ kết mạc, khâu cò mi.

- Múc nội nhãn, khoét nhãn cầu: trong trường hợp hoại tử giác mạc toàn bộ, phòi tổ chức nội nhãn không còn khả năng điều trị bảo tồn.

3. **Điều trị hỗ trợ:**

- Nhỏ Atropin 1% ngày 2 lần.

- Bổ sung các vitamin A, C, B, theo đường tra mắt hoặc uống. Trường hợp nặng, hoại tử nhiều có thể dùng các thuốc ức chế men collaghenase: EDTA, cystein…

- Dùng thuốc hạ nhãn áp khi có dấu hiệu tăng nhãn áp, thủng hoặc dọa thủng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám hàng tháng để theo dõi tiến triển lành sẹo của ổ loét và tình trạng tăng nhãn áp kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhãn khoa tập 2 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 32-35.
2. Thomas A Casey, Khaled W Krachmer : Cornea- Fundamentals of Cornea and External Disease.
3. Manual of Ocular diagnosis and therapy ,sixth edition,Lippincott William and Wilkins, Cornea and External Disease, p 87-93.

ĐỤC THỦY TINH THỂ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đục thủy tinh thể do tuổi già là do sự kết tụ protein gây ra những thay đổi chiết xuất của thủy tinh thể, làm tán xạ ánh sáng và giảm độ trong suốt của nó, gây nên giảm thị lực. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt Nam cũng như nhiều nước khác trên thế giới.

II.CHẨN DOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Lâm sàng:

- Cơ năng: nhìn mờ (lớp sương mù). Chói sáng, song thị một mắt, cận thị giả, không đau nhức.

- Khám lâm sàng:

+ Đo thị lực: từ ST+ đến ≤ 10/10.

+ Khám trên kính sinh hiển vi thấy đục các cấu trúc của thủy tinh thể từng phần hay đục toàn bộ. Có nhiều hình thái đục như đục nhân, đục vỏ, đục bao.

+ Phân loại độ cứng của nhân qua màu sắc đục thủy tinh thể (phục vụ cho phẫu thuật Phaco).

Cận lâm sàng: Những xét nghiệm cận lâm sàng giúp cho xác định tình trạng nhãn cầu, các môi trường trong suốt để tiên lượng kết quả sau phẫu thuật, theo dõi, xác định công suất thủy tinh thể nhân tạo. Siêu âm mắt (A, B), đo javal, đếm tế bào nội mô giác, tính công suất kính, CLS cho phẫu thuật CTM,TQ, TCK, Ure, Creatinin,XQ phổi.. tổng phân tích nước tiểu, glucose, HbA1C (nếu có tiền sử ĐTĐ), bơm rửa lệ đạo…

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Các nguyên nhân đục thể thủy tinh bao gồm:

- Đục thủy tinh thể do tuổi già: thường ở người trên 65 tuổi. Không có tiền sử chấn thương hoặc bệnh lý tại nhãn cầu, hoặc toàn thân, ảnh hưởng đến thủy tinh thể.

- Đục do chấn thương: có tiền sử chấn thương, diện đồng tử có vòng sắc tố.

- Đục do chuyển hóa thường gặp nhất là do đái tháo đường.

- Do ngộ độc.

3. Chẩn đoán phân biệt:

Ở trẻ em, người trẻ cần phân biệt với các nguyên nhân khác làm cho thấy đồng tử trắng: ung thư võng mạc, xơ sản sau thể thủy tinh ở trẻ sinh non, bong võng mạc bẩm sinh kèm theo loại sản võng mạc, viêm hắc võng mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị:

Có 3 mục đích trong điều trị phẫu thuật đục thủy tinh thể:

- Điều trị mang tính thẩm mỹ.

- Điều trị phục hồi thị lực (thị giác).
- Điều trị có tính phòng ngừa biến chứng của đục thủy tinh thể.

2. **Điều trị đặc hiệu:**

- **Điều trị nội khoa:** Cho đến nay không có loại thuốc nào phòng ngừa hoặc chữa được đục thủy tinh thể mà chủ yếu điều trị bằng phẫu thuật.
- **Điều trị phẫu thuật:** Là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay.

Chỉ định tùy thuộc vào các yếu tố: thị lực, tình trạng bệnh lý nhãn cầu kèm theo, nghề nghiệp hoặc nhu cầu về thẫm mỹ, chỉ định phẫu thuật.

Hiện nay có 2 phương pháp chính để phẫu thuật:

- Phẫu thuật lấy thủy tinh thể trong bao.
- Phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao: cơ học (bằng tay) hay bằng phương pháp nhũ tương hóa (Phacoemulsification)

- **Điều trị hỗ trợ:**

Kháng sinh tại chỗ 7 ngày:

- Kháng viêm corticoid và không corticoid tại chỗ 15 ngày.
- Kháng sinh toàn thân 7 ngày.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám lần thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật nếu bệnh nhân ngoại trú.

Khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng sau khi xuất viện.

Theo dõi tình trạng thị lực, thủy tinh thể nhân tạo, nhãn áp, giác mạc, kết mạc, tiền phòng, mống mắt và những triệu chứng bệnh lý tại chỗ, toàn thân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhãn khoa tập 2 – giáo trình đào tạo sau đại học, Bệnh viện Mắt Trung Ương, trang 187-223.
2. Section 11: Lens and Cataract, American Academy of Ophthalmology.
3. Manual of Ocular diagnosis and therapy ,sixth edition,Lippincott William and Wilkins, Lens and cataract, p 152-175.