

## MỤC LỤC

1. VIÊM TỔ CHỨC HÓC MẮT
2. VIÊM TÚI LỆ
3. KHÔ MẮT DO THIẾU VITAMIN A
4. BÔNG MẮT DO HÓA CHẤT
5. VIÊM KẾT MẠC CẤP
6. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH
7. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN
8. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM
9. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES
10. BỆNH VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH
11. GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT
12. GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT
13. XUẤT HUYẾT NỘI NHÃN SAU CHẤN THƯƠNG
14. BỆNH HẮC VÔNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH
15. BỆNH TẮC TĨNH MẠCH VÔNG MẠC
16. VIÊM THỊ THẦN KINH

# 1. VIÊM TỔ CHỨC HÓC MẮT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tổ chức hóc mắt là viêm của phần mô mềm trong hóc mắt. Viêm tổ chức hóc mắt gặp ở cả trẻ em và người lớn. Ở trẻ em dưới 5 tuổi thì hay phối hợp với viêm đường hô hấp trên. Ở trẻ em trên 5 tuổi hay phối hợp với viêm xoang. Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hay do dị vật nằm trong hóc mắt.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn, nấm, virus và ký sinh trùng.
- Các yếu tố thuận lợi như:
  - + Ở trẻ em hay gặp do viêm đường hô hấp trên, viêm xoang.
  - + Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.
- Có thể gặp do những nguyên nhân lan truyền trực tiếp từ những cấu trúc như nhãn cầu, mi và phần phụ cận của nhãn cầu cũng như các xoang lân cận.
- Do chấn thương xuyên làm tổn thương vách hóc mắt, đặc biệt những chấn thương có dị vật hóc mắt.
- Những phẫu thuật như phẫu thuật giảm áp hóc mắt, phẫu thuật mi, phẫu thuật lác, nội nhãn... viêm tổ chức hóc mắt cũng có thể gặp sau viêm nội nhãn sau phẫu thuật.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### a. Lâm sàng

- Cơ năng
  - + Xuất hiện đau đột ngột, đau ở vùng hóc mắt
  - + Đau khi vận động nhãn cầu, liếc mắt...
  - + Đau đầu

- Thực thể
- + Mi phù
- + Xung huyết kết mạc
- + Phù kết mạc
- + Lồi mắt: lồi mắt có thể lồi thẳng trục hoặc không thẳng trục
- + Song thị
- + Sụp mi
- + Hạn chế vận nhãn hoặc liệt vận nhãn
- + Giảm thị lực nhiều mức độ khác nhau
- + Nếu viêm gần đình hốc mắt có thể có giảm thị lực trầm trọng
- + Có thể có viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh
- + Có thể tăng nhãn áp do chèn ép
- Triệu chứng toàn thân
- + Mệt mỏi, sốt
- + Những triệu chứng hô hấp hay xoang

## **b. Cận lâm sàng**

- Chụp XQ hoặc chụp CT: hình ảnh viêm tổ chức hốc mắt, hình ảnh viêm xoang.
- + Có thể thấy hình ảnh viêm xoang với những xương và màng xương đẩy về phía hốc mắt.
- + Hình ảnh ổ áp-xe cạnh màng xương: điển hình trên CT là hình ảnh tổn thương cạnh xoang mờ, có bờ xung quanh mềm mại và có thể có khí bên trong.
- + Trong trường hợp chấn thương có thể xác định được dị vật hốc mắt.
- Siêu âm: có giá trị trong một số trường hợp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân

biệt như có viền dịch quanh nhãn cầu.

- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng trong nhiễm khuẩn.

- Lấy bệnh phẩm ở hốc mắt hoặc mũi ở ổ áp-xe làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán nguyên nhân và để điều trị.

- Lấy bệnh phẩm ở xoang hay vùng mũi họng.

- Cây máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết

### **c. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng

+ Đau đầu, đau quanh mắt, đau khi liếc mắt

+ Lồi mắt

+ Phù mi và kết mạc

+ Hạn chế vận nhãn

+ Viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh, phù gai

+ Tăng nhãn áp do chèn ép

- Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng

+ CT thấy hình ảnh viêm xoang, hình ảnh ổ áp xe hay dị vật

+ Siêu âm có hình ảnh viền dịch quanh nhãn cầu

+ Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính cao.

### **d. Chẩn đoán phân biệt**

- Những trường hợp lồi mắt khác như lồi mắt do bệnh Basedow, lồi mắt viêm giả u, viêm tuyến lệ: lồi mắt những không đau khi vận nhãn. Chụp CT có thể giúp chẩn đoán phân biệt.

- Do khối u hốc mắt, ung thư nguyên bào võng mạc xuất ngoại, ung thư cơ vân. Chụp

CT thấy hình ảnh khối u hốc mắt.

- Siêu âm có thể thấy hình ảnh khối u nội nhãn có ổ canxi
- Bệnh sarcoidose: bệnh toàn thân có biểu hiện ở hốc mắt. Chụp XQ phổi và xét nghiệm miễn dịch giúp chẩn đoán phân biệt.
- Bị côn trùng đốt: chỉ ảnh hưởng đến tổ chức ở trước vách hốc mắt.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **a. Nguyên tắc chung:**

- Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, tắc xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
- Người bệnh phải được điều trị nội trú.
- Điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên để điều trị.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

##### **b. Điều trị cụ thể**

- + Kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn.
- + Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn có thể dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- + Chống viêm: Steroid đường uống và đường tĩnh mạch (Methyl prednisolon 1mg/kg cân nặng).
- + Nâng cao thể trạng: vitamin nhóm B, C.
- + Điều trị phối hợp những trường hợp viêm xoang, viêm đường hô hấp, đái tháo đường.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Viêm tổ chức hốc mắt là bệnh nặng, diễn biến phức tạp và có thể gây biến chứng nặng. Tuy nhiên nếu điều trị tốt bệnh cũng có thể khỏi không để lại di chứng gì.

- Những biến chứng có thể xảy ra là:

+ Nhiễm trùng huyết có thể gây tử vong hoặc tắc xoang hang.

+ Áp xe hốc mắt.

+ Viêm màng não.

+ Viêm thị thần kinh giảm thị lực.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Điều trị những viêm nhiễm của mi, viêm phần trước vách phòng lan vào tổ chức hốc mắt.

- Phòng những bệnh như hô hấp, viêm xoang ở trẻ em. Khi trẻ mắc bệnh cần được điều trị và theo dõi cẩn thận để những biến chứng không xảy ra.

- Theo dõi và điều trị tốt những người có bệnh mạn tính như đái tháo đường, viêm xoang, viêm răng...

- Khi có viêm tổ chức hốc mắt phòng các biến chứng xảy ra

## **2. VIÊM TÚI LỆ**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm túi lệ là một bệnh lý thường gặp trong nhãn khoa, là tình trạng viêm mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

- Là hậu quả của tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc tắc ống lệ mũi mắc phải.
- Tác nhân vi sinh vật thường gặp gây viêm túi lệ khá đa dạng. Các vi sinh vật có thể gây viêm túi lệ bao gồm vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus pneumoniae*; vi khuẩn gram âm như: *Pseudomonas aeruginosa*, *Hemophilus influenza*, *Proteus*, kể cả vi khuẩn kỵ khí như *Propionibacterium acnes*.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng:

Viêm túi lệ biểu hiện ở hình thái mạn tính hoặc có những đợt viêm cấp tính.

- Viêm túi lệ mạn tính

+ Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhày.

+ Dính mi mắt do các chất tiết nhầy.

+ Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhày trào ra ở góc trong mắt.

+ Viêm kết mạc góc trong.

+ Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhày mủ kèm theo.

- Viêm túi lệ cấp tính

+ Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhày mủ.

+ Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.

+ Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ.

+ Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.

+ Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ.

+ Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhày thoát từ túi lệ ra ngoài

qua lỗ dò này.

+ Toàn thân: mệt mỏi, sốt, đặc biệt các triệu chứng toàn thân thể hiện rõ hơn ở người già. Có thể có hạch trước tai.

### **b. Cận lâm sàng**

- Viêm túi lệ có thể được chẩn đoán dễ dàng dựa vào các triệu chứng lâm sàng mà không cần đến các xét nghiệm chẩn đoán khác. Tuy nhiên trong một số trường hợp, chụp phim cắt lớp vùng túi lệ và hốc mắt sẽ cho thấy rõ hình ảnh túi lệ bị viêm hay u túi lệ.

- Xét nghiệm vi sinh vật: xác định loại vi sinh vật gây viêm túi lệ bằng xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy mủ nhầy từ túi lệ.

### **c. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng:

- Viêm túi lệ mãn: chảy nước mắt tự nhiên liên tục, bơm lệ quản có nhầy mủ trào ra ở điểm lệ đối diện.

- Viêm túi lệ cấp: trước đó thường xuyên chảy nước mắt. Vùng túi lệ sưng nóng đỏ, đau nhức, có thể có dò mủ túi lệ.

### **d. Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm kết mạc mạn tính: mắt đỏ, kết mạc cương tụ nhẹ. Bệnh nhân có thể chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước thoát tốt xuống miệng.

- U túi lệ: bệnh nhân có khối u vùng góc trong mắt, có thể gây chảy nước mắt nếu u chôn chỗ nhiều, gây tắc lệ đạo. U có mật độ chắc, ấn vài khối u không thay đổi và không có mủ nhầy trào ra ở lỗ lệ. Khi bơm lệ đạo nước thoát tốt hoặc nước trào ngược và không có nhầy mủ. Chụp cắt lớp sẽ phân biệt được rõ u và viêm túi lệ.

- U vùng túi lệ: u ở vùng túi lệ có thể gây chèn ép vào túi lệ, gây chảy nước mắt. U có mật độ chắc, ấn vào khối u không thay đổi về kích thước. Bơm lệ đạo nước thoát



xuống miệng hoặc trào ngược nhưng không có nhầy mù.

- Áp xe vùng túi lệ: bệnh nhân không có tiền sử chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước có thể thoát xuống miệng, không có tắc lệ đạo. Tuy nhiên rất khó phân biệt giữa viêm túi lệ cấp và áp xe vùng túi lệ ở giai đoạn viêm cấp tính. Chẩn phân biệt dựa vào bơm lệ đạo sau khi qua giai đoạn viêm cấp. Sau khi điều trị bằng kháng sinh, hết viêm cấp, bơm lệ đạo nước thoát, không có tắc lệ đạo và viêm túi lệ mãn tính.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

- Điều trị nội khoa được áp dụng cho các trường hợp viêm túi lệ cấp để giải quyết tình trạng nhiễm trùng cấp tính. Sau khi hết viêm cấp tính, bệnh nhân cần được điều trị phẫu thuật để loại trừ ổ viêm mãn tính tại túi lệ.

- Viêm túi lệ cần được điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi để giải phóng tình trạng tắc nghẽn và viêm mãn tính tại túi lệ. Nếu không mổ nối thông túi lệ mũi được, bệnh nhân cần được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi lệ.

### **b. Điều trị cụ thể**

- Viêm túi lệ mạn tính

+ Thông lệ đạo: được chỉ định cho các trường hợp viêm túi lệ do tắc lệ đạo bẩm sinh. Thông lệ đạo làm giải phóng chỗ tắc ở ống lệ mũi, phục hồi lưu thông nước mắt. Nhờ vậy, không còn ứ đọng dịch viêm trong lòng túi lệ, hết viêm túi lệ.

+ Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi: phẫu thuật nhằm tạo ra một đường thông mới từ túi lệ sang ngách mũi giữa. Có thể tạo đường thông này bằng phẫu thuật qua đường rạch da hoặc qua đường mũi, kết hợp với đặt ống silicon qua lệ quản xuống mũi.

+ Nếu không phẫu thuật nối thông túi lệ-mũi được, hoặc mổ nối thông túi lệ mũi thất bại, cần mổ cắt bỏ túi lệ để loại trừ ổ viêm và tránh các biến chứng như viêm túi lệ cấp hoặc nhiễm trùng tại bề mặt nhãn cầu.

## - Viêm túi lệ cấp tính

Điều trị viêm túi lệ cấp được chia làm 2 giai đoạn: điều trị viêm cấp tính và điều trị dự phòng tái phát, bao gồm cả việc điều trị nguyên nhân.

Điều trị viêm túi lệ cấp tính:

+ Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng nhẹ của viêm túi lệ. Nên dùng các kháng sinh có phổ rộng. Có thể phối hợp kháng sinh. Sau khi tìm được tác nhân gây bệnh, nên dùng kháng sinh theo kết quả kết quả kháng sinh đồ.

● Kháng sinh toàn thân: có thể dùng các kháng sinh phổ rộng theo đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch tùy theo mức độ viêm cấp.

o Cefuroxime: liều 250 - 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày.

Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày.

o Kháng sinh nhóm quinolon: Ciprofloxacin: liều 250 - 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

● Kháng sinh nhỏ mắt: có thể dùng

o Levofloxacin: nhỏ mắt 4 - 6 lần/ngày x 1 - 2 tuần.

o Moxifloxacin: nhỏ mắt 4 - 6 lần/ngày x 1 - 2 tuần.

+ Giảm phù nề: dùng các thuốc giảm phù nề

Alphachymotrypsin: uống 4 - 8mg/ngày x 1 - 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày.

+ Giảm đau: dùng thuốc giảm đau nếu có đau nhức nhiều.

Paracetamol: uống 10mg/kg x 2 - 3 lần/ngày.

+ Chích rạch áp xe: tháo bớt mủ ở ổ áp xe giúp cho bệnh nhân đỡ đau và lấy bệnh phẩm để nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Có thể hút mủ qua đường lệ quản hoặc rạch trực tiếp vào túi lệ qua đường rạch ở da.

Điều trị dự phòng tái phát: điều trị nội khoa sẽ làm viêm túi lệ cấp ổn định rồi chuyển sang giai đoạn viêm túi lệ mãn tính trong vòng 1 -2 tuần. Để tránh viêm túi lệ cấp tái phát, bệnh nhân cần được tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật nội thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Nếu không được điều trị, viêm túi lệ mãn gây viêm kết mạc, viêm giác mạc. Viêm túi lệ mãn có các đợt viêm cấp, gây áp xe túi lệ thậm chí gây viêm tổ chức hốc mắt. Viêm túi lệ cấp có thể gây dò mủ ra ngoài da, viêm mi, hốc mắt.

Nhìn chung các trường hợp viêm túi lệ mạn đều có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật nội thông túi lệ mũi. Tỷ lệ khỏi bệnh sau phẫu thuật từ 85% - 95% tùy theo từng nghiên cứu. Các trường hợp điều trị bằng phẫu thuật nội thông túi lệ mũi thất bại, có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng phẫu thuật cắt túi lệ. Tuy nhiên, sau cắt túi lệ, bệnh nhân hết viêm túi lệ nhưng vẫn bị chảy nước mắt vì không phục hồi được chức năng lệ đạo.

## **6. PHÒNG BỆNH**

Điều trị sớm các trường hợp tắc ống lệ mũi là biện pháp có hiệu quả để phòng viêm túi lệ mãn. Các trường hợp viêm túi lệ mãn được điều trị sớm thì sẽ tránh được biến chứng viêm túi lệ cấp.

## **3. KHÔ MẮT DO THIẾU VITAMIN A**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh khô mắt do thiếu vitamin A là biểu hiện sớm và đặc hiệu ở mắt của một bệnh toàn thân do thiếu Vitamin A gây ra bao gồm những tổn thương trên kết mạc, giác mạc và võng mạc.

Những biến đổi ở mắt do thiếu vitamin A, bao gồm nhiều mức độ: khô kết mạc biểu hiện tình trạng thiếu vitamin A nhẹ, khô giác mạc thường để chỉ thiếu vitamin A ở mức độ nặng hơn. Khô nhuyển giác mạc là hình thái trầm trọng nhất ở mắt, làm tiêu giác mạc và thường dẫn đến mù loà vĩnh viễn. Những trẻ em bị khô mắt còn có những bệnh toàn thân kèm theo như ỉa chảy, các bệnh đường hô hấp (viêm phổi), và bệnh sỏi.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Do thiếu vitamin A, là loại vitamin cần thiết cho sự phát triển, sức khỏe, và chức năng bình thường của các mô bề mặt, như biểu mô của da và niêm mạc, và các mô của mắt, đặc biệt là kết mạc, giác mạc và võng mạc.

Những đối tượng có nguy cơ cao của thiếu vitamin A:

- Những trẻ em không được nuôi bằng sữa mẹ hoặc cai sữa sớm, con của những bà mẹ thiếu vitamin A dự trữ trong thời kỳ mang thai hoặc những đứa trẻ có cân nặng sau sinh thấp.
- Những trẻ < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng đặc biệt là suy dinh dưỡng nặng. Những trẻ bị mắc bệnh nhiễm trùng như sỏi, ỉa chảy, nhất là trẻ bị ỉa chảy kéo dài trên 14 ngày. Những trẻ có chế độ ăn nghèo vitamin A và caroten, trẻ không được ăn dầu mỡ...

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **a. Lâm sàng**

- Những biểu hiện sớm và đặc hiệu của bệnh khô mắt gần như theo một trình tự:
  - + Quáng gà (XN): đứa trẻ nhìn kém vào lúc có ánh sáng yếu (chập tối). Đây là dấu hiệu quan trọng cần được phát hiện sớm, trẻ sẽ trở lại bình thường khi dùng vitamin A liều điều trị trong 1 - 2 ngày.
  - + Khô kết mạc (X1A): kết mạc bình thường sáng, trắng bóng, luôn được phủ một lớp rất mỏng nước mắt. Khi kết mạc khô, có những mảng mắt bóng, sù sì, không có nước

mắt. Cũng có trường hợp kết mạc khô tạo thành những nếp nhăn.

Dấu hiệu khô kết mạc là dấu hiệu khó phát hiện. Nếu phát hiện được điều trị bằng vitamin A liều cao sau 2 tuần sẽ hết.

+ Vệt Bitot (X1B): là đám tế bào biểu mô tăng sừng hóa của kết mạc tạo thành mảng nổi lên thường có màu trắng sáng hoặc vàng nhạt. Vệt Bitot thường có hình ovan hoặc hình tam giác, ở vị trí kết mạc góc mũi hoặc thái dương và đáy bám theo rìa giác mạc, đỉnh quay về phía mũi hoặc thái dương. Vệt Bitot đôi khi không mất đi sau điều trị bằng vitamin A liều cao nhưng nó không ảnh hưởng tới thị lực.

+ Khô giác mạc (X2): bề mặt của giác mạc có những chấm mờ đục hoặc chấm trắng. Khi có dấu hiệu này giác mạc thường kèm theo những phản ứng chói sợ ánh sáng. Khô mắt tiến triển nhanh tuy nhiên có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng vitamin A liều cao trong 1 - 2 tuần.

+ Loét nhuyễn giác mạc (X3A, X3B): khi khô giác mạc không được điều trị sớm và đầy đủ sẽ tiến triển dẫn đến tổn thương biểu mô giác mạc, tạo lên những ổ loét. Lúc này đưa trẻ rất chói, sợ ánh sáng, mắt luôn nhắm nghiền. Triệu chứng này có thể điều trị khỏi bằng vitamin A liều cao nhưng thường để lại sẹo giác mạc.

- Nhuyễn giác mạc là giai đoạn nặng tiếp theo của khô giác mạc hoặc loét giác mạc không được điều trị kịp thời. Giác mạc bị phủ một lớp trắng đục, toàn bộ giác mạc bị mềm nhũn, hoại tử dẫn đến thủng và phôi mống mắt..

+ Sẹo giác mạc (XS): sẹo giác mạc có màu trắng đục. Có thể dính mống mắt hoặc giãn lồi, gây tăng biến dạng giác mạc và tăng nhãn áp.

+ Tổn hại võng mạc do khô mắt.

## **b. Cận lâm sàng**

- Định lượng Vitamin A trong huyết thanh

- Tế bào học: Áp kết mạc tìm tế bào hình đài

- Đo ngưỡng thích nghi sáng tối
- Điện võng mạc giảm sút

### **c. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như quáng gà, khô kết mạc, vết Bitot, khô giác mạc, nhuyễn giác mạc ở trẻ suy dinh dưỡng với các bệnh toàn thân kèm theo như tiêu chảy, viêm phổi, sỏi. Các dấu hiệu cận lâm sàng như giảm lượng vitamin A trong huyết thanh...

### **d. Chẩn đoán phân biệt**

- Các viêm kết giác mạc do các nguyên nhân khác
- Các hội chứng khô mắt khác: hội chứng Stevens- Johnson, Sjogren...
- Các bệnh lý đáy mắt khác gây quáng gà

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

- Bổ xung vitamin A
- Điều trị bệnh toàn thân kèm theo: tiêu chảy, sỏi, viêm đường hô hấp.
- Chống nhiễm trùng
- Điều trị tổn thương tại mắt như loét chống dính
- Điều trị các di chứng tại mắt như sẹo giác mạc
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

### **b. Điều trị cụ thể**

- Vitamin A:
  - + Ngay sau khi chẩn đoán: uống vitamin A 200.000 đv x 1 viên (sử dụng 1/2 liều với trẻ dưới 1 tuổi).

- + Ngày hôm sau: 200.000 đv vitamin A uống.
- + Hai tuần sau: 200.000 đv vitamin A uống.
- + Nếu nôn kéo dài hoặc ỉa chảy nhiều, có thể thay thế liều đầu tiên bằng tiêm bắp 100.000 đv vitamin A tan trong nước.
- Chống dính: Tra Atropin 0,5% 2 lần/ngày
- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân
- Tra nước mắt nhân tạo 1 giờ 1 lần.
- Nếu có nhiễm trùng tại mắt điều trị đặc hiệu chống các tác nhân vi khuẩn hoặc vi rút.
- Kết hợp với chuyên khoa nhi để điều trị các bệnh toàn thân và tăng cường dinh dưỡng cho trẻ.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **a. Tiến triển**

- Bệnh có thể khỏi nếu được điều trị kịp thời ở giai đoạn XN đến X2
- Bệnh tiến triển tuần tự theo giai đoạn nhưng có một số trường hợp tiến triển rất nhanh như trên bệnh nhân bị sỏi

### **b. Biến chứng**

- Sẹo giác mạc
- Thủng giác mạc
- Viêm mủ nội nhãn
- Teo nhãn cầu

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Chế độ ăn đầy đủ cho trẻ (bú mẹ, vitamin A, protein)

- Bổ xung vitamin A định kì theo lứa tuổi
- Tiêm chủng mở rộng
- Điều trị sớm và tích cực các bệnh toàn thân
- Phòng chống suy dinh dưỡng.

## **4. BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng mắt do hóa chất là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, bỏng có thể bị ở một mắt hoặc bị cả hai mắt và có thể bỏng rất nặng. Tổn thương cả mi cũng như kết giác mạc và tổ chức nội nhãn, điều trị gặp nhiều khó khăn. Tiên lượng dè dặt có thể gây mù không hồi phục.

Thái độ xử trí ban đầu giúp nhiều đến tiên lượng của bệnh.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

- Bỏng do axit gồm các loại như axit vô cơ (axit sunfuric, axit Clohydric) hay axit hữu cơ.
- Bỏng do bazơ như bỏng vôi, bỏng kiềm.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Cơ năng
- + Đau rát mắt, kích thích dữ dội, khó mở mắt, chảy nước mắt dàn dụa.
- + Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.



- Thực thể

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

+ Kết mạc có thể gập: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc test Amler (+).

+ 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 thủy tinh.

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

+ Đo độ Ph xác định tính chất bong là axit hay bong kiềm.

- Triệu chứng toàn thân

+ Mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt

+ Nếu bong nặng, có diện tích bong rộng có thể gây sóc.

### **b. 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

### **c. Phân loại bong:**

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

<b>Độ</b>	<b>Biểu hiện ở mi</b>	<b>Biểu hiện ở kết mạc và củng mạc</b>	<b>Biểu hiện ở giác mạc</b>
<b>I</b>	Cương tụ da	Cương tụ kết mạc	Chợt biểu mô nông
<b>II</b>	Bọng nước	Màng giả (thiếu máu kết mạc)	Đục nông, vẫn thấy rõ hình ảnh mống mắt

<b>III</b>	Hoại tử da	Hoại tử kết mạc một phần	Đục sâu không hoàn toàn (như kính mờ)
<b>IV</b>	Hoại tử dưới da và sụn	Hoại tử kết mạc và củng mạc	Đục sâu hoàn toàn (màu trắng sứ)

#### **d. Chẩn đoán xác định**

- Dựa vào hỏi bệnh
- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như đau nhức, nhìn mờ, bóng mi, bóng kết mạc ở các mức độ, bóng giác mạc ở các mức độ.
- Đo pH
- Cận lâm sàng như siêu âm và X quang tìm các tổn thương phối hợp.

#### **e. Chẩn đoán phân biệt**

Phân biệt giữa bóng axit hay bóng bazơ.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc chung:**

- Loại trừ chất gây bỏng.
- Chống đau.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống dính.
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Điều trị biến chứng, di chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

#### **b. Điều trị cụ thể**

- Rửa mắt, rửa nhiều nước, nhiều lần, mỗi lần rửa ít nhất 15' - 30'. Dung dịch để rửa mắt là nước muối sinh lý, dung dịch Ringer hoặc nước sạch sẵn có tại nơi xảy ra tai nạn. Tốt nhất là truyền nhỏ giọt liên tục Ringer. Mục đích rửa mắt làm loãng chất gây bỏng và giảm độc tố chất gây bỏng.
- Lấy hết dị vật nếu có, kiểm tra kỹ ở các túi cùng, đặc biệt với bỏng vôi phải lấy hết vôi. Vì vậy phải bọc lộ cùng đồ rộng bằng hai vành mi, lấy dị vật bằng panh.
- *Chú ý:* trường hợp bỏng vôi sống, trước khi rửa phải lấy hết vôi bám kết mạc sau đó rửa mắt.
- Chống đau bằng các thuốc an thần, giảm đau tại chỗ và toàn thân. Chú ý khi sử dụng các thuốc giảm đau tại chỗ như Dicain nhỏ mắt nhiều có thể gây độc cho biểu mô. Thuốc giảm đau toàn thân như Paracetamol (Efferangan...).
- Chống nhiễm khuẩn, chống viêm
- Điều trị chủ yếu để lớp biểu mô giác mạc tái tạo tránh loét, thủng giác mạc. Sau bỏng trên nền loét giác mạc có thể gặp nhiễm trùng thứ phát.
- Kháng sinh tra và uống kết hợp: kháng sinh phổ rộng như Quinolol thế hệ 4; mỡ Tetracyclin. Đường uống sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Corticosteroid tại chỗ và toàn thân: tác dụng chống viêm màng bồ đào, dừng quá trình phát triển tân mạch vào giác mạc trong 2-3 tuần đầu sau bỏng.
- Atropin 1%: tác dụng chống viêm chống dính. Nếu tăng nhãn áp uống Acetazolamide.
- 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: CB2, 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.

- Điều trị biến chứng: điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Đặc điểm của hóa chất là quá trình tiến triển nặng đặc biệt bỗng nhiên thường tiên lượng khó khăn hơn, phụ thuộc vào những yếu tố sau:

+ Mức độ thiếu máu kết mạc

+ Tình trạng hờ mi

+ Tình trạng giác mạc: giác mạc không có lớp biểu mô che phủ sẽ phát triển màng máu từ kết mạc vào giác mạc. Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.

- Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:

+ Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.

+ Tăng nhãn áp do tổn thương góc.

+ Đục thể thủy tinh thứ phát với nghẽn đồng tử.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Giáo dục ý thức phòng chống tai nạn bỏng mắt cho tất cả mọi người.

- Đối với những người làm nghề có nguy cơ bỏng cao phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các nội quy quy định về an toàn lao động.

- Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chật chội.

- Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu và xử trí tốt từ cơ sở lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí kịp thời trong giai đoạn cấp cứu.

## 5. VIÊM KẾT MẠC CẤP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng.

Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

- Viêm kết mạc cấp tiết tổ mủ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tổ cấp.
- Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tổ có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.
- Viêm kết mạc do virus: Là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tổ và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm kết mạc cấp tiết tổ mủ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Meningitidis*).
- Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Diphtheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu,...
- Viêm kết mạc do vi rus: do virus Adeno virus, Entero virus...

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng

- Tại mắt:

Bệnh xuất hiện lúc đầu ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt. Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

+ Mi phù nề

+ Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tố mủ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+ Có thể có xuất tiết hoặc màng giả.

+ Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

- Toàn thân:

+ Có thể có hạch trước tai, sốt nhẹ.

### **b. Cận lâm sàng**

- Nhuộm soi: Nhuộm gram.

- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn.

### **c. Chẩn đoán xác định**

- Tại mắt

+ Mi phù nề.

+ Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh, có nhiều tiết tố bản.

- Toàn thân

+ Có thể có sốt.

+ Có hạch trước tai.

### **d. Hình thái**

- Viêm kết mạc cấp tiết tố có mủ.

+ Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mũ nhiều nhất vào ngày thứ 5.

Bệnh diễn biến rất nhanh.

+ Bệnh xuất hiện ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt.

+ Có nhiều tiết tố mũ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+ Xét nghiệm: Nhuộm soi (tiết tố mũ kết mạc): có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn.

Tại mắt:

+ Mi phù nề, căng cứng khó mở. Sau 1-3 ngày mi mềm dần.

+ Kết mạc cương tụ, phù nề. Sau 1-3 ngày xuất hiện màng thật hoặc màng giả trên bề mặt kết mạc. Màng thường bản, màu xám. Màng thật khi bóc sẽ lộ lớp tổ chức liên kết phía dưới và chảy máu nhiều. Màng giả bóc dễ dàng và ít chảy máu.

+ Nếu không điều trị kịp thời có thể bị viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn.

Toàn thân: Có thể có sốt, khó thở. Cận lâm sàng:

+ Nhuộm soi: Vi khuẩn Gram (+)

+ Nuôi cấy: phân lập vi khuẩn.

- Viêm kết mạc do virus

Tại mắt:

+ Cảm giác xốn cộm như có bụi trong mắt.

+ Mi phù nề.

+ Kết mạc cương tụ, phù nề, ra nhiều tiết tố trắng hoặc dịch hồng.

+ Sau 3-5 ngày có thể thấy có giả mạc màu trắng ở kết mạc sụn mi dày mỏng tùy từng trường hợp.

- + Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô. Toàn thân:
- + Triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mỏi người sốt nhẹ...
- + Hạch trước tai.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị tích cực và khẩn trương
- Điều trị tại chỗ và toàn thân
- Điều trị theo nguyên nhân
- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

##### **b. Phác đồ điều trị**

- Tại mắt:

- + Bóc màng hằng ngày
- + Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tố
- + Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:

- Aminoglycosid: tobramycin...
- Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...
- Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon.

Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.

Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.

+ Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

- Toàn thân: Chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân.



+ Cephalosprin thế hệ 3: Người lớn:

- Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1 gram tiêm bắp
- Nếu giác mạc bị loét: 1 gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch

Trẻ em: Liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc 25mg/kg cân nặng 2-3 lần/ngày x 7ngày tiêm bắp.

+ Fluoroquinolon: chống chỉ định dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi.

+ Thuốc nâng cao thể trạng.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Đối với hình thái viêm kết mạc do lậu cầu: Tốt nếu điều trị sớm và tích cực, có thể thủng hoại tử giác mạc nếu điều trị muộn và không tích cực.

- Đối với hình thái viêm kết mạc do bạch hầu thường không tốt nếu không điều trị toàn thân kịp thời và đúng.

- Đối với hình thái viêm kết mạc do vi rus: điều trị tích cực, đúng phác đồ bệnh sẽ khỏi sau 5-10 ngày, bệnh có thể kéo dài gây viêm giác mạc biểu mô.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).

- Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn /kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay khi đẻ ra.

- Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng quy định của trẻ.

- Luôn nâng cao thể trạng.

- Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch.

## **6. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm kết mạc dị ứng cấp tính là hình thái dị ứng nhanh của viêm kết mạc dị ứng khi

bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Dị nguyên thường là các mỹ phẩm lạ, thuốc tra mắt, hóa chất, bụi, phấn hoa,....

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng xảy ra rất cấp tính.
- Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân có cảm giác bỏng rát trong mắt, ngứa mắt, đau, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhiều khi không mở được mắt.
- Dấu hiệu thực thể: mi sưng nề, mọng đỏ, kết mạc cương tụ, phù nề mọng nước, chảy nhiều dịch, tiết tổ nhầy, phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi, đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

### **b. Cận lâm sàng**

Xét nghiệm tìm dị nguyên khi có điều kiện.

### **c. Chẩn đoán xác định**

Lâm sàng:

- Ngứa mắt, đau, bỏng rát, sợ ánh sáng, chảy nước mắt
- Mi kết mạc phù nề, tiết tổ nhầy, nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

### **d. Chẩn đoán phân biệt**

Viêm kết mạc cấp: không có tiền sử tiếp xúc dị nguyên, kết mạc cương tụ nhưng không phù nề nhiều như dị ứng, nhiều tiết tổ nhầy...

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng (nếu xác định được)

- Chống dị ứng tại chỗ và toàn thân.  
+ Tra tại chỗ: chống viêm, chống dị ứng

+ Toàn thân: chống dị ứng  
chống phù (nếu cần)

### **b. Điều trị cụ thể**

- Việc đầu tiên là phải loại trừ tác nhân gây dị ứng bằng rửa mắt bằng dung dịch như nước muối sinh lý.

- Dùng thuốc:

Thuốc tra:

+ Corticosteroid: prednisolon acetate 1%, fluorometholone 0,1% 6-8 lần/ngày, trong vài ngày đầu, sau đó bệnh giảm có thể tra rút xuống 3-4 lần/ngày và dừng khi các triệu chứng khỏi hẳn.

+ Nếu da mi phù, đỏ ngứa: bôi da mi mỡ có corticoid: mỡ hydrocortison 1%....bôi da mi 3 lần/ ngày

Thuốc uống:

+ Thuốc kháng histamin: có thể dùng 1 trong các loại thuốc chống dị ứng như: loratadine, fexofenadine hydrochloride.

+ Loratadine 10mg: Người lớn, trẻ em  $\geq 12$  tuổi: 1 viên/ngày

Trẻ em 6-12 tuổi  $\geq 30$ kg: 1 viên/ngày

Trẻ em 6-12 tuổi  $\leq 30$ kg: 1/2 viên/ngày

+ Fexofenadine hydrochloride: người lớn, trẻ em  $\geq 12$  tuổi: 60mg/viên x 2 lần/ngày hoặc 120mg-180mg/ 1 lần/ngày.

+ Trong những trường hợp có kèm theo triệu chứng toàn thân nặng cần phối hợp hoặc chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa dị ứng.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Bệnh thường khỏi sau vài ngày.
- Bệnh có thể tái phát khi bệnh nhân lại tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

## 6. PHÒNG BỆNH

Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu xác định được tác nhân gây dị ứng.

## 7. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc

1. Vi khuẩn Gr(+): *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumonia*, *Staphylococcus epidermidis*, *Mycobacterium*, *Nocardia*...
2. Vi khuẩn Gr(-): *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella*, *Hemophilus influenza*, ...

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- + Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
- + Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.
- Triệu chứng thực thể

+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bần. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.

+ Giác mạc xung quanh ổ loét bị thâm lậu.

+ Móng mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

### **b. Cận lâm sàng**

- Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

- Soi tươi: thấy có vi khuẩn.

- Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).

- Nuôi cấy vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mũ xanh,...Nếu có điều kiện có thể kết hợp làm kháng sinh đồ để xác định kháng sinh điều trị phù hợp.

### **d. Chẩn đoán xác định**

- Ổ loét giác mạc có đặc điểm: bờ nhám nhở, ranh giới không rõ, đáy thường phủ lớp hoại tử bần, giác mạc xung quanh thâm lậu nhiều.

- Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

### **e. Chẩn đoán phân biệt**

- Loét giác mạc do nấm: một ổ loét ranh giới rõ, bờ gọn, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày, đóng thành vảy gồ cao, bề mặt vảy khô ráp và khó bóc. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.

- Loét giác mạc do virus herpes: ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ, nhu mô xung quanh thâm lậu ít. Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét sẽ thấy một trong các

hình ảnh: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào thoái hóa nhân trương hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz. Xét nghiệm PCR chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch sẽ tìm được gen của virus herpes.

- Loét giác mạc do amip (acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thâm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy acanthamoeba.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.

- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

##### **b. Điều trị cụ thể**

Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

- Thuốc tra mắt:

+ Nếu do vi khuẩn gram (-): tobramycin 0,3% hoặc levofloxacin 0,5%

+ Nếu do vi khuẩn gram (+): ofloxacin 0,3% hoặc moxifloxacin 0,5% hoặc gatifloxacin 0,5%. Hai thuốc sau có phổ kháng khuẩn rộng nên có thể dùng điều trị cả vi khuẩn gram (-). Cách dùng: Ngày đầu có thể tra mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau tra mắt 10 lần/ ngày.

- Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau

- + Cefuroxime axetil 250 mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.
- + Ofloxacin 0,2 g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày
- + Truyền rửa mắt liên tục trong những trường hợp nặng bằng kháng sinh (gentamycin 4mg x2 ống) và nước nuôi sinh lý (nacl 0,9%) x 200 ml.
- Điều trị phối hợp
- + Chống viêm non-steroid: Tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.
- + Giảm đồng tử, liệt cơ mi: Dùng atropin 1- 4 % tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.
- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.
- Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống acetazolamide 250 mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống kali chloride 0,6 g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.
- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều (đặc biệt do trực khuẩn mũ xanh).
- Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **a. Tiến triển**

Loét giác mạc do vi khuẩn là một bệnh nặng, nhất là những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khởi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

### **b. Biến chứng**

- Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet).
- Tăng nhãn áp.
- Trường hợp nặng có thể gây loét thủng giác mạc, viêm mủ nội nhãn.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.
- Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hờ mi.

## **8. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Loét giác mạc do nấm là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử, gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do nấm, là một nguyên nhân gây mù lòa.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Có nhiều loại nấm có thể gây viêm loét giác mạc: *Aspergillus Fumigatus*, *Fusarium Solant*, *Candida Albicans*, *Histoblasma*, *Cephalosporum*,...

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng
- + Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
- + Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.
- Triệu chứng thực thể



+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới rõ, bờ gọn thường có hình tròn hoặc hình bầu dục. Đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày, đóng thành vảy gồ cao, bề mặt vảy khô ráp và khó bóc.

+ Xung quanh ổ loét có thâm lậu, mặt sau giác mạc ở vị trí ổ loét có thể có màng xuất tiết bám.

+ Tiền phòng có thể có ngăn mủ. Mủ thường xuất hiện rồi mất đi, xuất hiện nhiều lần như vậy.

+ Mông mắt cũng có thể phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

- Cận lâm sàng

+ Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.

+ Soi tươi, soi trực tiếp: thấy có nấm.

+ Nuôi cấy trên trường Sabouraud có đường: xác định được loại nấm gây bệnh.

## **b. Chẩn đoán phân biệt**

- Loét giác mạc do vi khuẩn: ổ loét ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bần. Làm xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

- Loét giác mạc do virus Herpes: ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ, nhu mô xung quanh thâm lậu ít. Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét sẽ thấy một trong các hình ảnh: Tế bào nhiều nhân hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào thoái hóa nhân trương hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz. Xét nghiệm PCR chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch sẽ tìm được gen của virus Herpes.

- Loét giác mạc do Amip (Acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thâm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy Acanthamoeba.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

- 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.

### **b. Điều Trị cụ thể**

- Tại mắt:
  - + Natamycin: tra mắt 10 - 15 lần mỗi ngày tùy mức độ nặng của bệnh.
  - + Ketoconazole: tra mắt 10 - 15 lần mỗi ngày.
  - + Ngoài ra có thể phối hợp dùng amphotericin B pha với glucose 5% để nhỏ mắt với nồng độ 0,15% hoặc truyền rửa mắt liên tục với nồng độ 0,02%.
  - + Nếu ổ loét nặng kèm theo mũ tiền phòng có thể tiêm tiền phòng amphotericin B (mỗi lần tiêm 5 $\mu$ g/0,1 ml), có thể tiêm 2 hoặc 3 lần cách nhau 1 tuần. Nếu ổ thâm lậu đặc có thể tiêm nhu mô giác mạc (với liều lượng như tiêm tiền phòng).
  - + Chấm lugol 5% vào ổ loét hàng ngày.
  - + Điện di IK 2% hàng ngày.
  - + Chống viêm non - steroid: tra mắt indomethacin.
  - + Giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: Atropin 1 - 4% tra mắt 4 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: Atropin 1% và Adrenalin 0,1%.

+ Tăng cường dinh dưỡng.

- Toàn thân: Intraconazole 0,1g ngày uống 2 viên uống một lần sau ăn trong 20 đến 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 tùy theo tiến triển của bệnh nhưng phải kiểm tra chức năng gan định kỳ cho bệnh nhân.

+ Uống: các vitamin.

+ 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.

+ Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **a. Tiến triển**

Loét giác mạc do nấm là một bệnh nặng, điều trị khó khăn. Bệnh thường tiến triển nặng ở những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khỏi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

### **b. Biến chứng và điều trị**

- Loét giác mạc doạ thủng hoặc thủng

- Tăng nhãn áp dùng thuốc không đỡ có thể phải mổ lỗ dò.

- Trường hợp loét giác mạc nặng có thể biến chứng sang viêm nội nhãn.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ và tránh các sang chấn.

- Khi bị chấn thương mắt (đặc biệt là chấn thương trên giác mạc) cần phải đến ngay các cơ sở y tế để rửa mắt và tra mắt bằng thuốc sát khuẩn (Betadin 5%). Cần theo dõi

chặt chẽ tổn thương trên giác mạc.

## **9. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm giác mạc do herpes là hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm và hoại tử gây tổn thương mắt tổ chức giác mạc do herpes.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Do virus herpes có tên khoa học là herpes simplex virus (HSV) thuộc họ herpes viridae. Herpes có 2 type: type 1 (HSV-1) gây bệnh ở nửa trên cơ thể từ thắt lưng trở lên (gây viêm loét giác mạc), type 2 (HSV-2) gây bệnh ở nửa dưới cơ thể từ thắt lưng trở xuống. Tuy nhiên, có trường hợp HSV-2 gây bệnh ở mắt do mắt bị nhiễm dịch tiết đường sinh dục (đặc biệt ở trẻ sơ sinh) nhưng rất hiếm gặp.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng

+ Đau nhức mắt.

+ Kích thích: cộm chói, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.

+ Thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.

- Triệu chứng thực thể

Tổn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: đa dạng, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

+ Loét giác mạc hình cành cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.

- + Loét giác mạc hình đĩa đồ.
- + Viêm giác mạc hình đĩa: nhu mô giác mạc trung tâm thâm lậu làm cho giác mạc phù dày lên về phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tua sau giác mạc.
- + Viêm nhu mô kẽ: là hình thái nặng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đám thâm lậu màu trắng vàng, ranh giới không rõ (hình phomat). Có thể có vành phản ứng miễn dịch cạnh tổn thương.
- + Viêm màng bồ đào: tổn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bồ đào hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tua mắt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiên phòng), đồng tử co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh. Đây là hình thái nặng, khó điều trị.
- + Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

Ngoài ra bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch trước tai. Xuất hiện mụn nước ở mép, mắt,...

### **b. 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.
  - + Hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân (nhiễm sắc chất áp ven): là dấu hiệu điển hình.
  - + Có tiểu thể Lipschutz: là dấu hiệu đặc hiệu.
  - + Tế bào biểu mô thoái hóa tương.
- 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.

### **c. Chẩn đoán xác định**

- Loét giác mạc hình cành cây, hình đĩa đồ hoặc viêm giác mạc hình đĩa.

- Cảm giác giác mạc giảm.

- Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét thấy một hay nhiều dấu hiệu: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương, hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz.

- Xét nghiệm PCR: tìm được gen của virus herpes.

#### **d. Chẩn đoán phân biệt**

- Loét giác mạc do vi khuẩn: ổ loét bờ không rõ, thường nhám nhỏ, thâm lậu hoặc hoại tử nhiều. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

- Loét giác mạc do nấm: ổ loét thường có hình tròn hoặc bầu dục, đáy phủ bởi lớp hoại tử dày, gồ cao, nhu mô xung quanh ổ loét có thâm lậu vệ tinh. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.

- Loét giác mạc do acanthamoeba: ổ loét giác mạc thường kèm theo áp xe vòng. Xét nghiệm vi sinh sẽ tìm thấy acanthamoeba.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc chung**

- Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.

- Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.

- Điều trị biến chứng

#### **b. Điều trị cụ thể**

- Điều trị đặc hiệu

+ Thuốc tra mắt: dùng một trong các loại thuốc sau

● Acyclovir 3%: tra mắt 5 lần mỗi ngày.

● IDU (5 Iodo 2 Deoxyuridin): thuốc có dạng nước hoặc mỡ. Thuốc không ngấm sâu

vào giác mạc được nên dùng trong trường hợp có tổn thương nông. Tra thuốc 5 lần/ngày (không nên dùng quá 15 ngày do có thể gây độc biểu mô giác mạc).

- TFT (Trifluoro Thymidin): dạng nước hoặc mỡ. Thuốc có thể ngấm sâu, nhanh vào giác mạc. Tra mắt 5 lần mỗi ngày.

+ Thuốc uống: Acyclovir viên 200 mg, 800mg. Thường dùng viên Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.

- Điều trị bổ sung

+ 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.

+ Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: tra atropin 1-4% khi có phản ứng màng bồ đào.

+ Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau

- Viêm giác mạc hình đĩa.

- Viêm nhu mô kẽ khi có phản ứng màng bồ đào.

Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần.

+ Điện di dionin: giúp làm giảm thâm lậu và hạn chế hình thành sẹo giác mạc.

+ Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

+ Ghép màng ối: với những trường hợp bệnh kéo dài, ổ loét khó hàn gắn, có thể phẫu thuật gọt giác mạc ghép màng ối sẽ cho kết quả tốt.

- Điều trị chống tái phát

Có thể dùng liều acyclovir 200 mg ngày uống 4 viên chia 2 lần trong 1 đến 2 năm để phòng tái phát. Ngoài ra bệnh nhân cần có cuộc sống lành mạnh để tăng cường sức đề kháng.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra một số biến chứng

- Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet) hoặc thủng.
- Tăng nhãn áp do phản ứng màng bồ đào.
- Trường hợp nặng có thể biến chứng viêm mủ nội nhãn.

## 6. PHÒNG BỆNH

- Tránh bị sơ nhiễm herpes (HSV và varicella zoster): bằng cách tránh xa các nguồn lây là dịch tiết từ những tổn thương của người bệnh bị herpes. Nếu người mẹ mang thai bị herpes đường sinh dục thì phải điều trị khỏi trước khi sinh hoặc phải mổ đẻ để tránh lây nhiễm cho con.
- Khi đã bị nhiễm herpes: phải nâng cao thể trạng bằng việc tập luyện, có chế độ làm việc, sinh hoạt lành mạnh để tránh herpes tái phát.

## 10. BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào trước cấp tính là viêm cấp tính của mống mắt và thể mi. Bệnh khá phổ biến, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây biến chứng nặng và dẫn đến mù loà.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng: Vi khuẩn (*Tụ cầu, liên cầu, phế cầu...*). Virus (*Herpes, Zona, cúm...*). Nấm (*Candida, Aspergillus...*). Ký sinh trùng (*Toxoplasma, giun, ấu trùng sán...*)
- Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA. Hội chứng Behçet. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada...



- Dị ứng: Chất nhân protein của thủy tinh thể.
- Nhiễm độc: Hóa chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Nhìn mờ: do đục các môi trường trong suốt...
  - + Đau: Đau do co thắt thể mi và đầu thần kinh bị kích thích bởi độc tố.
  - + Sợ ánh sáng và chảy nước mắt: do kích thích dây V.
  - + Đỏ mắt: do cương tụ rìa.
- Triệu chứng thực thể:
  - + Cương tụ rìa: do ứ đọng và giãn mạch máu sâu quanh rìa, càng xa vùng rìa cương tụ càng giảm dần, có khi màu tím sẫm.
  - + Tủa sau giác mạc: Dạng bụi
  - + Trong giai đoạn cấp của viêm màng bồ đào mãn tính có thể có hạt trên móng mắt:
    - Hạt Koepe: nhỏ và nằm trên bờ đồng tử.
    - Hạt Busacca: lớn hơn ít gặp. Nằm trên bề mặt móng mắt, trong các đợt cấp viêm màng bồ đào mãn tính.
  - + Tyndall (+): Tế bào trong tiền phòng là dấu hiệu của viêm hoạt tính.
  - + Xuất tiết: do tổn thương mạch máu móng mắt, rò rỉ protein ra thủy dịch.
  - + Mủ tiền phòng: Có thể có.
  - + Dính móng mắt vào mặt trước thủy tinh thể
  - + Tế bào ở dịch kính trước
  - + Nhãn áp: giai đoạn đầu nhãn áp hạ do thể mi giảm tiết thủy dịch. Giai đoạn cuối

nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị hủy hoại gây teo nhãn cầu. Trong đợt viêm cấp có thể tăng nhãn áp do nghẽn đồng tử hoặc góc tiền phòng.

### **b. Cận lâm sàng:**

- Các khám nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh như:

+ Siêu âm để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hóa 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.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân:

+ Xét nghiệm sinh hóa

+ Xét nghiệm huyết học

+ Xét nghiệm miễn dịch

+ Chẩn đoán hình ảnh: X quang, CT scanner, chụp cộng hưởng từ...

### **c. Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng

+ Cương tụ rìa.

+ Tủa sau giác mạc

+ Tyndall

+ Xuất tiết

+ Dính mống mắt vào mặt trước thủy tinh thể

- Cận lâm sàng

+ Đề hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

#### **d. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm màng bồ đào trước tăng nhãn áp và glôcôm góc đóng:

Glôcôm góc đóng:

+ Lắng đọng mạc sau giác mạc là sắc tố mỏng mắt

+ Đồng tử có thể dính, nhưng luôn tự giãn

- Viêm kết mạc cấp

+ Ra dử mắt nhiều

+ Cương tụ nông

+ Không ảnh hưởng đến thị lực

- Viêm loét giác mạc:

+ Có tổn thương trên giác mạc

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc chung:**

- Chống viêm

- Chống dính

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

#### **b. Điều trị cụ thể:**

- Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi

+ Dùng dung dịch Artropin 1% - 4% tra ngày 2 -3 lần, nếu đồng tử giãn được cần duy trì ngày 1 lần.

+ 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: 3-9-6-12 giờ nếu đồng tử dính

toàn bộ. Nếu không dính toàn bộ, tiêm dưới kết mạc tương ứng với chỗ dính đồng tử.

- Dùng kháng sinh và các thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân

+ Kháng sinh:

- 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.

+ Thuốc chống virus, chống lao, chống nấm.

+ Thuốc chống viêm

- Corticoid là thuốc chủ lực trong điều trị viêm màng bồ đào

*Corticoid đường tra tại mắt*

- Là phương pháp điều trị chủ yếu của viêm màng bồ đào trước cấp
- Số lần dùng tùy thuộc mức độ của viêm màng bồ đào.
- Nên dùng liều cao từ đầu để không chế được phản ứng viêm, sau đó giảm dần liều trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần, mỗi lần giảm khoảng 50% liều khi triệu chứng lâm sàng đã cải thiện.

*Tiêm cạnh nhãn cầu:*

- Dùng điều trị hỗ trợ cho các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng
- Thường tiêm 1ml chứa 40mg Methyl-prednisolon hoặc Triamcinolon.

*Đường toàn thân*

- Được chỉ định trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng.
- Có thể dùng prednisolon uống với liều khởi đầu 1mg/kg trong 1 tuần sau đó giảm liều dần hoặc dùng đường truyền tĩnh mạch Methyl prednisolon trong các trường hợp nặng.

Các thuốc chống viêm không steroid, được sử dụng trong những trường hợp chống chỉ định corticoid hoặc để giảm bớt liều corticoid, như: Indomethacin, Diclofenac...

+ Thuốc ức chế miễn dịch

Phối hợp với bác sĩ nội khoa, chỉ định khi không đáp ứng điều trị với corticoid hoặc chống chỉ định với corticoid.

- Nhóm alkylating: Chỉ dùng trong những trường hợp nặng như: hội chứng Behçet, Wegener, Cyclophosphamide với liều bắt đầu 2mg/kg/ngày.
- Nhóm chống chuyển hóa: Azathioprine và Methotrexate.
- Nhóm ức chế hoạt hóa tế bào lympho T qua tác dụng ức chế chức năng interleukin-1 và interleukin-2: Cyclosporin A liều 2,5 đến 5 mg/kg/ngày.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:**

Đa số các trường hợp viêm màng bồ đào trước đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng như glôcôm, đục thủy tinh thể, phù hoàng điểm, bong võng mạc, teo nhãn cầu...

## **6. PHÒNG BỆNH**

Hiện chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

# **11. GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT**

## **1. ĐẠI CƯƠNG**

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một tình trạng rối loạn về giải phẫu do móng mắt ngoại vi áp ra trước che lấp vùng bè và gây nghẽn góc tiền phòng.

Những tổn thương thần kinh thị giác do bệnh glôcôm gây ra là không có khả năng hồi phục. Vì vậy việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng.

## **2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH**

### **a. Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử**

Trong hình thái bệnh lý này, cấu trúc vùng bè là bình thường. Bệnh thường xảy ra do 2 cơ chế chính:

- Nghẽn đồng tử: Trên địa trạng mắt có cấu trúc giải phẫu đặc biệt, khi đồng tử ở trạng thái giãn nửa vờ, diện tiếp xúc giữa móng mắt và mặt trước của thể thủy tinh tăng lên gây cản trở lưu thông thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng. Thủy dịch bị ứ lại trong hậu phòng, áp lực trong hậu phòng tăng lên đẩy chân móng mắt nhô ra trước, áp vào vùng bè gây đóng góc và tăng nhãn áp.

- Nghẽn góc tiền phòng: lúc đầu móng mắt chỉ áp vào vùng bè nhưng chưa có dính góc thực thể (làm nghiệm pháp ấn góc, vùng móng mắt áp dính sẽ được tách ra). Nếu không được điều trị kịp thời, quá trình đóng góc kéo dài sẽ đưa đến tình trạng dính góc thực sự. Ở giai đoạn này, điều trị bằng thuốc co đồng tử hoặc bằng laser thì góc tiền phòng cũng không có khả năng mở ra được.

### **b. Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử**

Hội chứng móng mắt phẳng: do thể mi to, xoay ra trước gây nghẽn góc tiền phòng.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **a. Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử**

- Glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp

Xảy ra khi nhãn áp tăng cao một cách nhanh chóng do móng mắt chu biên đột ngột áp ra trước làm tắc nghẽn vùng bè.

*Lâm sàng*

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 xung quanh hố mắt, nhức lan lên nửa đầu cùng bên, nhìn mờ như qua màn sương, nhìn đèn có quầng xanh đỏ, sợ ánh sáng, chói chảy nước mắt kèm theo, bệnh nhân có thể buồn nôn hoặc nôn, đau bụng, vã mồ hôi, sốt...

Dấu hiệu thực thể

+ Thị lực giảm sút nhiều

+ Nhãn áp tăng rất cao

+ Thị trường thường không đo được do phù nề các môi trường trong suốt. Trong trường hợp con glôcôm đã từng xuất hiện trước đó thì thị trường có thể đã có tổn thương ở các mức độ khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh

+ Khám: mi mắt xung nề, mắt cương tụ đỏ, giác mạc phù mờ có thể có bong biểu mô, đồng tử giãn méo, giảm hoặc mất phản xạ với ánh sáng, tiền phòng nông, góc tiền phòng đóng, thể thủy tinh phù có thể có các vết rạn của bao trước. Đáy mắt rất khó soi do phù các môi trường trong suốt nhưng nếu soi được có thể thấy đĩa thị sung huyết, hệ mạch máu giãn và đôi khi có xuất huyết cạnh đĩa thị. Nếu thị trường đã bị thu hẹp và có lõm đĩa thì có thể con glôcôm góc đóng đã phát triển từ glôcôm góc đóng bán cấp hoặc mạn tính.

Mắt còn lại thường có biểu hiện tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp

*Chẩn đoán xác định*

+ Triệu chứng chủ quan điển hình

+ Thị lực giảm nhiều.

+ Nhãn áp tăng cao.

+ Đồng tử giãn, méo.

+ Các góc tiền phòng đóng.

### *Chẩn đoán phân biệt*

+ Viêm màng bồ đào tăng nhãn áp: có tử viêm sau giác mạc, đồng tử dính, co nhỏ.

*Lưu ý:* trong cơn glôcôm góc đóng cấp diễn cũng có thể có phản ứng viêm màng bồ đào. Trong trường hợp này cần quan sát triệu chứng đồng tử giãn của mắt bệnh và khám mắt thứ 2 thấy tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp.

- Glôcôm góc đóng bán cấp

### *Lâm sàng*

Glôcôm góc đóng bán cấp là những đợt tăng nhãn áp (ở mức vừa phải) do đóng góc được biểu hiện bằng những đợt giảm thị lực, nhìn đèn có quầng, đau nhức nhẹ trong mắt và đầu. Không điều trị gì, các triệu chứng này cũng tự qua đi và nhãn áp thường giữ ở mức bình thường giữa các cơn. Soi góc tiền phòng có những đám dính chân mỏng mắt. Mức độ tổn thương thị trường và đĩa thị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

### *Chẩn đoán xác định*

+ Bệnh sử điển hình

+ Góc tiền phòng hẹp hoặc đóng dính từng phần.

+ Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm

- Glôcôm góc đóng mạn tính

### *Lâm sàng*

+ Bệnh biểu hiện âm thầm hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức hoặc đôi khi chỉ có cảm giác căng tức nhẹ thoáng qua ở trong mắt hoặc đầu.

+ Nhãn áp thường tăng ở mức độ vừa phải.

+ Làm nghiệm pháp Herrick và soi góc tiền phòng là những khám nghiệm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với glôcôm góc mở

### *Chẩn đoán xác định*



- + Hầu như không có dấu hiệu chủ quan
- + Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm
- + Các góc tiền phòng hẹp hoặc đóng

### *Chẩn đoán phân biệt*

Glôcôm góc mở: soi góc tiền phòng sẽ thấy các góc mở.

### **b. Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử**

- Lâm sàng

- + Ít hoặc hầu như không có triệu chứng chủ quan đau nhức
- + Người bệnh thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn muộn với tổn thương nặng của đĩa thị và tổn hại thị trường đặc hiệu của glôcôm.
- + Nhãn áp tăng cao
- + Độ sâu tiền phòng ở trung tâm không nông như những trường hợp glôcôm góc đóng có nghẽn đồng tử
- + Soi góc tiền phòng thấy các góc đóng

- Cận lâm sàng

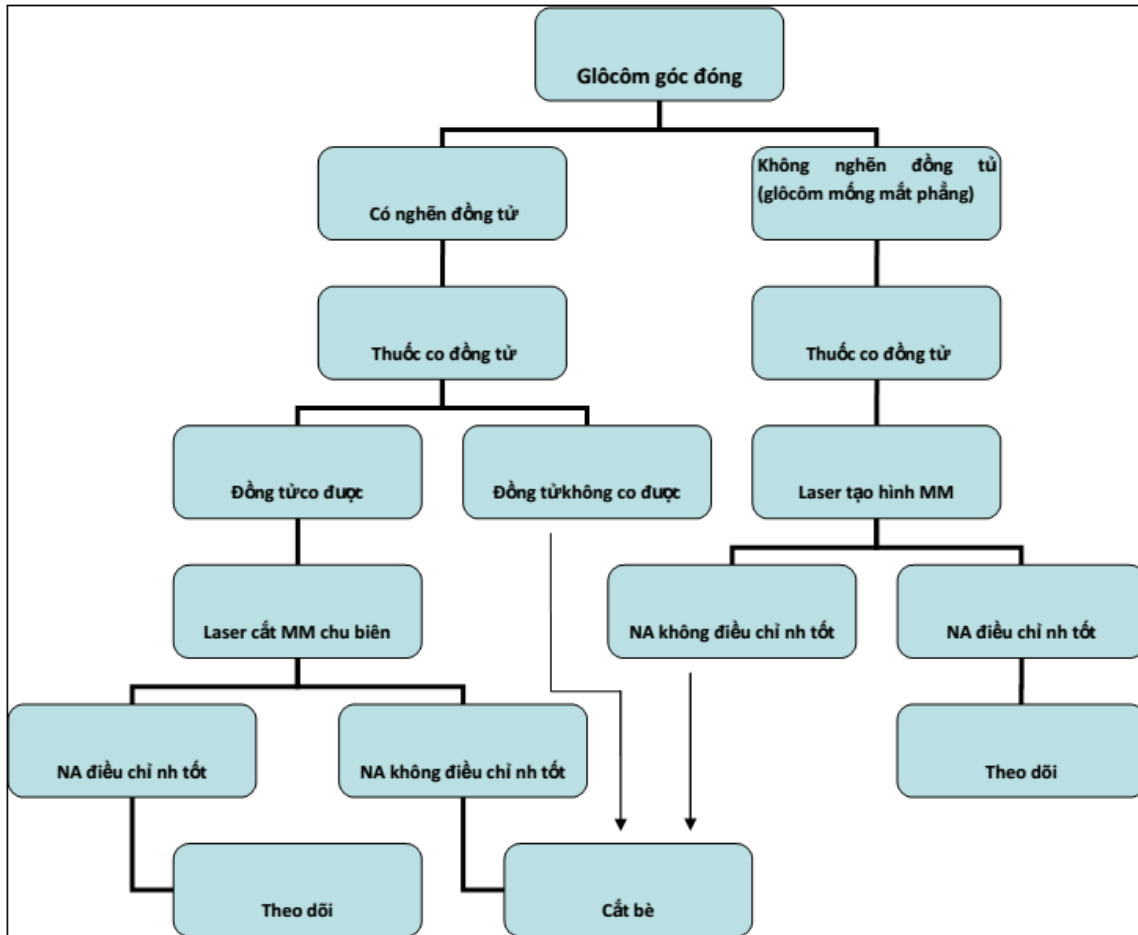
Khám nghiệm trên máy UBM: thể mi to và xoay ra trước áp vào mống mắt, không thấy rãnh thể mi.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

Tích cực, khẩn trương làm hạ nhãn áp bằng thuốc để chống tổn hại thêm cho thị thần kinh

## **SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT**



## b. Điều trị cụ thể

- Điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp

*Tại mắt*

+ Tra thuốc co đồng tử cứ 15-20 phút/1 lần cho đến khi đồng tử co lại được và nhãn áp hạ. Sau đó có thể tra 1 giờ/1 lần và dùng liều duy trì 3-4 lần/ngày.

+ Tra phối hợp nhóm thuốc chẹn beta giao cảm 2 lần/ngày (thận trọng nếu bệnh nhân có bệnh phổi, tim, mạch) hoặc nhóm thuốc ức chế men Anhydrasa cacbonic 2-3 lần/ngày.

+ Để đề phòng xuất hiện cơn tăng nhãn áp ở mắt thứ 2: nên tra 1-2 giọt pilocacpin 1% cho mắt thứ 2

*Toàn thân*

+ Uống Acetazolamide 0,25g x 2-4 viên/ngày hoặc tiêm tĩnh mạch Acetazolamide 500g x 1 ống nếu bệnh nhân nôn nhiều, thuốc uống không có tác dụng. (Trong trường hợp nhãn áp tăng quá cao có thể phối hợp tiêm tĩnh mạch 500mg và uống 500mg).

*Chú ý:* thuốc có nhiều tác dụng phụ toàn thân nên chỉ dùng trong thời gian chờ phẫu thuật, không dùng kéo dài và cần bổ sung thêm Kali.

+ Trong trường hợp nhãn áp tăng rất cao có thể bổ sung các loại thuốc thẩm thấu như truyền tĩnh mạch nhanh Mannitol 20% x 200ml hoặc uống Glyxerol 50% ( 1ml/1 kilô cân nặng)

+ Thuốc giảm đau, an thần.

+ Điều trị bằng phẫu thuật: là bắt buộc đối với hình thái glôcôm góc đóng

+ *Cắt mộng mắt chu biên* bằng laser hoặc bằng phẫu thuật khi sau điều trị thuốc nhãn áp điều chỉnh, đồng tử co được và góc tiền phòng còn mở > ½ chu vi của góc (xem trong qui trình kỹ thuật bệnh viện).

Hẹn khám định kỳ: kiểm tra nhãn áp, đĩa thị và soi lại góc tiền phòng (nếu cần. *Tạo hình mộng mắt bằng laser (laser iridoplasty hoặc laser goniotomy)*):

+ Trong trường hợp nhãn áp không điều chỉnh sau điều trị bằng laser cắt mộng mắt chu biên, có thể phối hợp với laser tạo hình mộng mắt nhằm làm tăng cường tác dụng mở rộng góc tiền phòng và hạ nhãn áp.

+ Chuẩn bị bệnh nhân và chăm sóc sau điều trị: tương tự như với laser cắt mộng mắt chu biên.

*Mổ cắt bè (xem trong qui trình kỹ thuật bệnh viện).*

- Điều trị glôcôm góc đóng bán cấp

+ Laser cắt mộng mắt chu biên để giải phóng nghẽn đồng tử và làm hạ nhãn áp.

+ Phẫu thuật cắt bè khi góc tiền phòng đóng dính nhiều, nhãn áp không điều chỉnh sau laser cắt mộng mắt chu biên.

- Điều trị glôcôm góc đóng mạn tính

+ Cắt mộng mắt chu biên để giải phóng nghẽn đồng tử, ngăn chặn góc đóng tiếp tục và giải quyết mối đe dọa xuất hiện cơn glôcôm góc đóng cấp.

+ Thuốc hạ nhãn áp bổ sung (nếu cần): có thể dùng các nhóm thuốc giống như trong điều trị glôcôm góc mở.

+ Laser tạo hình mộng mắt, phẫu thuật cắt bè nếu thuốc không đủ hiệu quả.

- Điều trị glôcôm mộng mắt phẳng

+ Thuốc co đồng tử có hoặc không phối hợp các nhóm thuốc hạ nhãn áp khác.

+ Laser tạo hình mộng mắt (laser iridoplasty) phối hợp với laser mở mộng mắt chu biên: nếu nhãn áp vẫn chưa được kiểm soát tốt bằng thuốc.

+ Phẫu thuật cắt bè: khi thuốc và laser không đủ hiệu quả.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **a. Tiến triển**

- Glôcôm góc đóng cơn cấp nếu không được điều trị, nhãn áp tiếp tục tăng cao kéo dài sẽ dẫn đến mù.

- Glôcôm góc đóng thể bán cấp có thể tiến triển xuất hiện dưới dạng cơn glôcôm cấp hoặc chuyển sang thể mạn tính.

- Tiên lượng tùy thuộc vào tình trạng bệnh, giai đoạn bệnh khi bệnh nhân đến khám và điều trị. Nếu không được điều trị tổn thương đĩa thị và thị trường ngày càng nặng hơn dẫn đến mù không có khả năng hồi phục. Nếu được phát hiện sớm, được điều trị sớm, điều trị đúng và theo dõi thường xuyên thì bệnh nhân có thể tránh được mù loà.

### **b. Biến chứng**

- Nhìn chung, dù ở thể lâm sàng nào nếu không được điều trị kiểm soát tốt nhãn áp thì bệnh sẽ dẫn đến mù loà vĩnh viễn.

- Biến chứng nặng thường gặp sau điều trị bằng phẫu thuật là:

+ *Tăng nhãn áp tái phát*: điều trị bằng các thuốc tra hạ nhãn áp và theo dõi định kỳ. Nếu nhãn áp không điều chỉnh có thể xem xét mổ cắt bè lần 2.

+ *Sẹo bong thâm quá mỏng hoặc rò, vỡ bong thâm*: tùy tình trạng bệnh lý có thể điều trị nội khoa bằng thuốc ức chế tiết thủy dịch, tiêm máu tự thân kích thích tăng sinh xơ vùng sẹo bong, mang kính tiếp xúc mềm,...hoặc bằng phẫu thuật sửa sẹo bong.

## **6. PHÒNG BỆNH**

Cho đến nay, chưa có biện pháp nào có thể phòng được bệnh glôcôm. Vì vậy, việc phát hiện sớm, điều trị sớm và theo dõi thường xuyên là rất quan trọng. Cần đo nhãn áp, khám đánh tình trạng đĩa thị cho các đối tượng có nguy cơ. Người trên 40 tuổi nên đi khám mắt 1 năm một lần. Những người ruột thịt của bệnh nhân glôcôm nên khám mắt cứ 6 tháng một lần.

## **12. GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Glôcôm góc mở nguyên phát là một tình trạng bệnh lý của thị thần kinh, tiến triển mãn tính, đặc trưng bởi sự tổn hại của tế bào hạch võng mạc và lớp sợi thần kinh, teo lõm đĩa thị giác, tổn thương thị trường điển hình, thường có liên quan với nhãn áp cao.

*Các yếu tố nguy cơ cao bị glôcôm góc mở:*

- Tuổi > 40.

- Người ruột thịt của người bệnh glôcôm.

- Tật khúc xạ: Cận thị > 4 diốp; Lão thị sớm, tăng số kính lão nhanh.

- Nhãn áp (NA kế Maclakov, quả cân 10g):

+ Mức nhãn áp nghi ngờ ( $22 < NA < 25$  mmHg), có kèm theo các cảm giác chủ quan đặc hiệu của glôcôm (nhức mắt lan lên đầu cùng bên, nhìn mờ, nhìn nguồn sáng thấy quang xanh đỏ...).

+ Giao động nhãn áp giữa các lần đo trong ngày hoặc các lần khám mắt  $\geq 5$  mmHg.

+ Nhãn áp hai mắt chênh lệch nhau  $\geq 5$  mmHg.

- Đáy mắt:

+ Lõm đĩa rộng, chênh lệch độ lõm đĩa giữa 2 mắt  $> 2/10$

+ Xuất huyết trước hoặc cạnh đĩa thị giác

+ Teo quanh đĩa thị.

- Bệnh toàn thân: Huyết áp cao, tụt huyết áp về đêm, co thắt mạch trong bệnh lý mạch vành, hội chứng Raynaud, rối loạn tuần hoàn não, đau nửa đầu, tăng mỡ máu, bệnh đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp.

## **2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH**

- Quá trình xơ hóa vùng bè dẫn đến sự lắng đọng các chất ngoại bào trong lớp bè, gây hẹp, dính các khoang bè, làm tắc đường lưu thông thủy dịch, gây tăng nhãn áp.

- Sự chênh lệch áp lực tiền phòng - ống Schlemm gây xẹp ống Schlemm, cản trở thủy dịch thoát ra ngoài nhãn cầu, gây tăng nhãn áp.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng thường biểu hiện rất kín đáo trừ trường hợp có tổn thương nặng trên thị trường. Vì vậy người bệnh khó tự phát hiện được bệnh ở giai đoạn sớm. Nhiều người bệnh chỉ được phát hiện trong những hoàn cảnh tình cờ.

+ Đa số người bệnh chỉ có cảm giác hơi căng tức mắt hoặc nhìn mờ nhẹ thoáng qua

khi làm việc bằng mắt nhiều, khi căng thẳng thần kinh, khi lo lắng nhiều.

+ Có những người bệnh nhìn như có màn sương mỏng trước mắt vào buổi sáng.

- Dấu hiệu thực thể

+ Thị lực: thường chỉ giảm ở giai đoạn muộn của bệnh.

+ Thị trường: biến đổi tùy theo 5 giai đoạn tiến triển của bệnh.

+ Nhãn áp có thể tăng cao. Tuy nhiên cần lưu ý có hình thái glôcôm nhãn áp không cao.

+ Thường ít khi có cương tụ rìa, hoặc chỉ cương tụ rất nhẹ.

+ Giác mạc trong.

+ Tiền phòng sâu, góc tiền phòng mở rộng hoặc trung bình ngay cả khi nhãn áp cao. Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán phân biệt với glôcôm góc đóng.

+ Đồng tử thường tròn đều, phản xạ bình thường, ở giai đoạn muộn có thể giãn nhẹ, mất viền sắc tố, phản xạ lười hoặc mất phản xạ với ánh sáng.

+ Đáy mắt: mức độ teo lõm đĩa glôcôm tùy theo giai đoạn bệnh, thường đi kèm dấu hiệu mạch máu dạt phía mũi, đôi khi có xuất huyết đĩa thị hoặc cạnh đĩa thị, viền thần kinh mỏng dần.

## **b. 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 Tomograph HRT), chụp sợi thần kinh thị giác, quét laser đồng tiêu (confocal scanning laser ophthalmoscopy), đo độ phân cực bằng laser quét (scanning laser polarimetry NFL), siêu âm Doppler được sử dụng tại bệnh viện Mắt, cho phép đo đạc chính xác các mức độ lõm đĩa, tổn thương viền thần kinh, lớp sợi thần kinh quanh đĩa thị giác, mức độ thay đổi lưu huyết của các mạch máu mắt, giúp chẩn đoán glôcôm ở giai đoạn rất sớm và theo dõi quá trình tiến triển của bệnh.

- Chẩn đoán xác định

+ Bệnh sử điển hình: xuất hiện âm thâm, tiến triển chậm, dấu hiệu chủ quan kín đáo, cảm giác căng tức trong mắt, vùng nhìn bị thu hẹp.

+ Góc tiền phòng mở.

+ Tổn thương đĩa thị và thị trường đặc hiệu của glôcôm.

- Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý khác của thị thần kinh như viêm thị thần kinh, tổn thương thị thần kinh hậu nhãn cầu, thiếu máu thị thần kinh, tổn thương thần kinh sọ não, lồi đĩa sinh lý rộng.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc điều trị**

Mục đích điều trị là làm dừng hoặc chậm lại quá trình tiến triển tiếp của bệnh glôcôm, duy trì chất lượng nhìn, chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

- Điều trị hạ nhãn áp

+ 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 ( $15 \leq NA < 22$  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  $\leq 21$  mmHg.

+ Glôcôm giai đoạn tiến triển: nhãn áp đích  $\leq 18$  mmHg

+ Glôcôm giai đoạn muộn: nhãn áp đích  $\leq 16$  mmHg.

+ Glôcôm nhãn áp không cao: cần hạ khoảng 30% mức nhãn áp ban đầu.

- Điều trị toàn diện

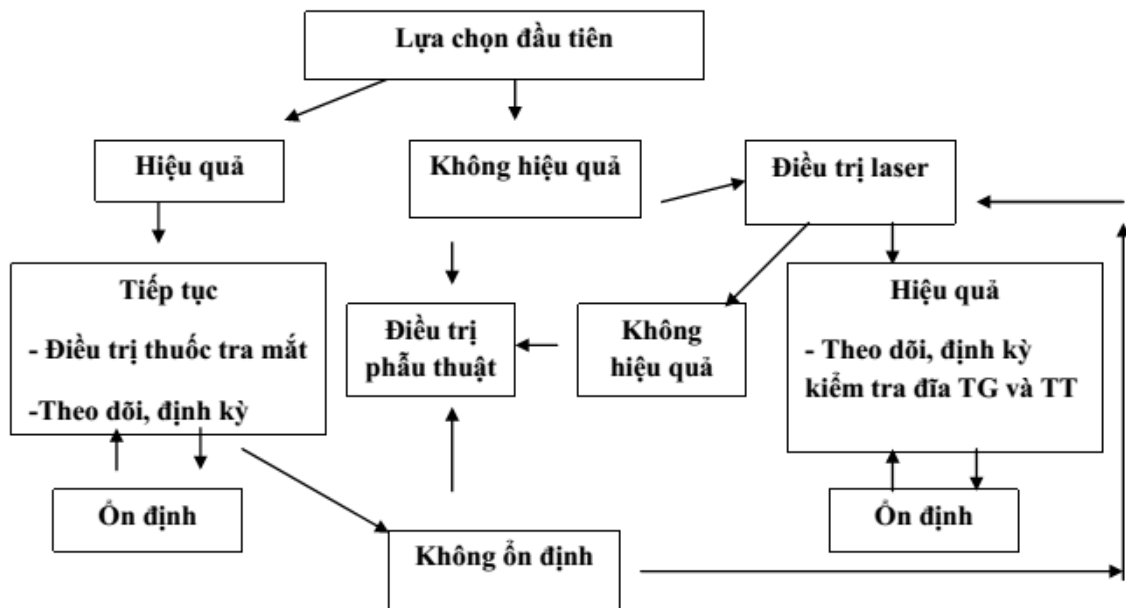


Phối hợp bảo vệ, tăng cường dinh dưỡng cho thị thần kinh, điều trị bệnh toàn thân.

- Theo dõi định kỳ: Tình trạng nhãn áp (NA), đĩa thị giác (TG) và thị trường (TT).

- Có thể phối hợp điều trị laser hoặc phẫu thuật.

### b. Phác đồ điều trị



Nếu người bệnh không có điều kiện theo dõi hoặc điều trị thuốc lâu dài hoặc cơ sở y tế không có máy laser điều trị thì cần chỉ định điều trị phẫu thuật sớm.

### c. Điều trị cụ thể

- Điều trị nội khoa bằng thuốc hạ nhãn áp

+ Thuốc ức chế men Carbonic Anhydrase

Brinzolamide 1%; Dorzolamide 2% - tra mắt ngày 2-3 lần

Acetazolamid 250 mg - uống 2- 4 viên / ngày. Chỉ định trước mổ và khi cần cấp cứu hạ NA.

Acetazolamid 500mg/5 ml - tiêm tĩnh mạch 1 ống khi NA rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống.

+ Thuốc ức chế  $\beta$ -giao cảm

- + *Thuốc cường phó giao cảm*
- + *Thuốc chế phẩm từ Prostaglandin*
- + *Thuốc cường  $\alpha$  và  $\beta$  - giao cảm*
- + *Thuốc cường  $\alpha_2$  - giao cảm*
- + *Thuốc phối hợp cố định*

Timolol + Chế phẩm từ Prostaglandin: tra mắt ngày 1 lần vào buổi tối.

Timolol + Ức chế men Carbonic Anhydrase: tra mắt ngày 2 lần.

Timolol + Cường phó giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.

Timolol + Cường  $\alpha_2$  - giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.

- + *Thuốc toàn thân*

*Glycerol 50%* - Chỉ định trước mổ và khi nhãn áp không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Người lớn: uống 1gr-2 gr/ kg / lần. Trẻ em: uống 1gr-1,5gr/ kg cân nặng/ lần.

*Mannitol 10%, 20%* - Chỉ định trước mổ và khi nhãn áp rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Tiêm TM 1,5g -2g/ kg.

*Nguyên tắc lựa chọn thuốc hạ nhãn áp.*

Thuốc có tác dụng làm giảm NA: đạt và duy trì NA đích ổn định lâu dài, giao động NA trong ngày không quá 5 mmHg; Dung nạp tốt; Tối thiểu tác dụng không mong muốn; Tiện sử dụng (ít lần tra, giá thành hợp lý).

*Nguyên tắc chỉ định điều trị thuốc*

Bắt đầu bằng một thuốc với nồng độ thấp nhất. Nếu chưa đạt hiệu quả hoặc gây tác dụng không mong muốn cần thay một thuốc nhóm khác. Nếu vẫn không đạt hiệu quả cần bổ xung thêm thuốc nhóm khác hoặc dùng thuốc phối hợp cố định.

Trong 1-2 ngày đầu khi NA tăng quá cao có thể dùng kết hợp thuốc tra và uống hạ NA Acetazolamid 250 mg với liều trung bình cho người lớn là 500mg/ngày.

Hướng dẫn cho người bệnh chia khoảng thời gian dùng thuốc hợp lý, các thuốc tra cách nhau ít nhất là 15 phút.

### **- Điều trị laser**

Điều trị laser được áp dụng ở những cơ sở y tế có trang bị máy laser điều trị. Loại laser: laser argon, laser diode hoặc laser YAG.

Kỹ thuật: Bao gồm 2 phương pháp: Đốt laser vùng bè (trabeculoplasty) và Đốt laser vùng bè chọn lọc (selective laser trabeculoplasty) Đọc chi tiết trong “Quy trình kỹ thuật”

### **- Điều trị phẫu thuật**

Chỉ định:

+ Sau điều trị tích cực bằng thuốc và laser mà nhãn áp không đạt nhãn áp đích hoặc điều chỉnh không ổn định, chức năng thị giác tiếp tục biến đổi.

+ Người bệnh không có điều kiện điều trị bằng thuốc.

+ Người bệnh không có điều kiện đi lại khám theo dõi.

+ Người bệnh không tuân thủ chế độ điều trị thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Các phẫu thuật điều trị glôcôm góc mở

+ Phẫu thuật lỗ rò

+ Phẫu thuật cắt củng mạc sâu không xuyên thủng

+ Phẫu thuật đặt van dẫn lưu tiền phòng

+ Laser quang đông thể mi

Kỹ thuật: Đọc chi tiết trong “Quy trình kỹ thuật”

### **- Điều trị phối hợp**

Điều trị chuyên khoa về các bệnh toàn thân

Thuốc có tác dụng bảo vệ thần kinh hứa hẹn nhiều triển vọng trong điều trị glôcôm hiện đang trong giai đoạn thử nghiệm lâm sàng.

Thuốc dẫn mạch, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng thị thần kinh như ginko biloba, cavinton, duxil....

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Glôcôm góc mở nguyên phát thường xuất hiện âm thầm, gây tổn thương cả hai mắt, nhưng thường một mắt nặng hơn mắt bên kia. Bệnh tiến triển chậm, lần lượt qua từng giai đoạn, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến mù lòa.

## **6. PHÒNG NGỪA MÙ LŴA DO GLÔCÔM GÂY NÊN**

Glôcôm góc mở là một bệnh nguy hiểm gây mù lòa không có khả năng điều trị hồi phục. Tuy nhiên có thể phòng ngừa mù lòa do bệnh glôcôm gây nên bằng cách khám phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều trị kịp thời trong các đối tượng nguy cơ cao và theo dõi, quản lý người bệnh lâu dài theo quy trình để kiểm soát được diễn biến bệnh.

# **13. XUẤT HUYẾT NỘI NHÃN SAU CHẤN THƯƠNG**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Xuất huyết nội nhãn là tình trạng chảy máu vào tiền phòng và/hoặc dịch kính xảy ra sau chấn thương. Tùy theo mức độ xuất huyết và nguồn gốc xuất huyết sẽ ảnh hưởng đến thị lực và tình trạng biến chứng kèm theo.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Xuất huyết tiền phòng (XHTP) sau chấn thương đụng dập có 2 nguồn gốc chính: Từ mống mắt và/hoặc từ thể mi. Trường hợp trên mắt đã lấy thể thủy tinh có thể gặp XHTP có nguồn gốc từ xuất huyết dịch kính đi ra phía trước.

Xuất huyết dịch kính (XHDK) sau chấn thương đụng dập có thể đi kèm với xuất huyết tiền phòng và cũng có cùng nguồn gốc xuất huyết như trên, ngoài ra, XHDK còn có thể do nguyên nhân từ các chấn thương kèm theo vùng hậu cực như các vết rách hắc mạc, võng mạc có tổn thương mạch máu.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Trường hợp XHTP Chủ quan:

+ Nhìn mờ sau chấn thương

+ Đỏ mắt

+ Đau nhức

Khách quan:

+ Khám mắt thấy có máu trong tiền phòng. Có thể chia thành các mức độ qua quan sát trên sinh hiển vi khám bệnh:

+ Độ I: Láng máu tiền phòng hoặc ngấn máu dưới 1/3 tiền phòng

+ Độ II: Máu chiếm 1/3 đến 1/2 tiền phòng

+ Độ III: Máu chiếm trên 1/2 tiền phòng

Các tổn thương khác kèm theo có thể có trên mắt XHTP:

+ Tổn thương bán phần trước: Trợt biểu mô giác mạc, rách màng Descemet, phù giác mạc, lồi góc, đứt chân móng mắt, đứt cơ vòng đồng tử, đục- lệch thể thủy tinh,...

+ Tổn thương bán phần sau: XHDK (hay gặp khi có lệch TTT kèm theo), phù, xuất huyết võng mạc, rách hắc võng mạc, chấn thương thị thần kinh.

- Trường hợp XHDK Chủ quan:

+ Nhìn mờ sau chấn thương

Khách quan:

- + Có máu trong buồng dịch kính quan sát trên sinh hiển vi, chia thành các mức độ:
- + Nhẹ: Có hồng cầu trong buồng dịch kính, vẫn đục dịch kính
- + Vừa: Vẫn đục dịch kính nhiều, quan sát được đáy mắt nhưng không rõ chi tiết
- + Nặng: Đục dịch kính toàn bộ không quan sát được đáy mắt.
- + Khám lâm sàng còn phát hiện các tổn thương kèm theo trên mắt xuất huyết nhằm mục đích có phương pháp điều trị và chế độ theo dõi hợp lý cho người bệnh.

### **b. Cận lâm sàng**

Siêu âm B có thể giúp đánh giá mức độ XHDK và phát hiện các tổn thương dịch kính- võng mạc kèm theo trong trường hợp không quan sát được chi tiết đáy mắt qua khám lâm sàng. Ngoài ra, qua theo dõi siêu âm có thể phát hiện các biến chứng trên đĩa thị- võng mạc xuất hiện trong quá trình điều trị, từ đó có thể thay đổi phác đồ điều trị.

### **c. Chẩn đoán xác định**

Trên các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định vị trí và mức độ xuất huyết nội nhãn sau chấn thương.

### **d. Chẩn đoán phân biệt**

Đa số các trường hợp xuất huyết nội nhãn sau chấn thương có biểu hiện rõ ràng, ít khi cần đến chẩn đoán phân biệt. Một số trường hợp đặc biệt cần chẩn đoán phân biệt với:

- + Xuất huyết nội nhãn nặng đi kèm với vỡ nhãn cầu, biểu hiện lâm sàng bằng mắt đau nhức, kích thích, mắt mềm, phẫu thuật cấp cứu thăm dò vết thương củng mạc sẽ cho hướng xử trí tiếp theo
- + Viêm mủ nội nhãn: mắt kích thích, đau nhức; kết mạc cương tụ, mi sung nề; tua viêm sau giác mạc; ngăn mủ tiền phòng; ánh đồng tử vàng, buồng dịch kính có mủ,...

+ Đục dịch kính hoặc tổ chức hóa dịch kính do các nguyên nhân khác.

#### **4. ĐIỀU TRỊ:**

##### **a. Nguyên tắc chung**

- Dừng chảy máu
- Tiêu máu
- Điều trị biến chứng.

##### **b. Điều trị cụ thể**

- Dừng chảy máu:

Có thể cân nhắc sử dụng một trong các thuốc chống chảy máu:

+ Transamin (viên nang 250 mg, viên nén 500 mg, ống tiêm 500mg/5ml)

Liều dùng: Uống 750- 2000 mg mỗi ngày, chia làm 3- 4lần.

+ Adrenoxin (viên 10 mg)

Liều dùng: Uống 1- 3 viên mỗi ngày, trước các bữa ăn 1h. Trẻ em từ 1- 2 viên mỗi ngày.

- Tiêu máu:

Có thể dùng các thuốc tiêu máu như: Hyasa tiêm cạnh nhãn cầu 180 đơn vị/0,5 ml cạnh nhãn cầu

- Điều trị xuất huyết tiên phòng:

+ Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động, nằm đầu cao.

+ Tra mắt:

● Chống viêm: nhóm Steroid.

● Giãn đồng tử, liệt thể mi.

+ Thuốc uống:

- Tam thất bột 10gr/ngày
  - Liệu pháp corticoid: Liều lượng trung bình 0.75mg/kg cân nặng, có thể dùng đường uống hoặc dùng đường tiêm.
  - Điều trị thuốc hạ nhãn áp khi có tăng nhãn áp: Bằng các thuốc uống và/hoặc tra tại mắt.
- + Cân nhắc phẫu thuật tháo máu tiền phòng khi có một trong các dấu hiệu sau:
- Biểu chứng tăng nhãn áp đe dọa ngấm máu giác mạc, không đáp ứng với điều trị nội khoa, thường tiến hành sau 5 ngày nếu điều trị nội khoa không kết quả.
  - Ngấm máu giác mạc
  - Xuất huyết mức độ nặng, máu không tiêu sau thời gian điều trị nội khoa.
- Điều trị xuất huyết dịch kính:
- + Mức độ nhẹ: Phác đồ điều trị như với xuất huyết tiền phòng, cần theo dõi sát tiến triển xuất huyết và tình trạng dịch kính võng mạc kèm theo.
- + Mức độ vừa: Theo dõi tiến triển xuất huyết và tình trạng võng mạc bằng siêu âm B, theo dõi biểu chứng võng mạc do tăng sinh dịch kính.
- + Mức độ nặng: Cân nhắc phẫu thuật khi tiên lượng điều trị nội khoa không tiêu hết máu; phương pháp điều trị là phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana. Cắt dịch kính có khả năng giải quyết hết lượng máu trong dịch kính, đồng thời phát hiện, xử lý sớm các tổn thương võng mạc kèm theo do chấn thương. Chỉ định cắt dịch kính thông thường sau 2- 3 tháng, tốt nhất là sau khi đã có bong dịch kính sau (Qua theo dõi định kỳ hoặc trên hình ảnh siêu âm).
- Điều trị các tổn thương kèm theo trên mắt xuất huyết nội nhãn: Tùy theo loại tổn thương phối hợp và mức độ xuất huyết có thể tiến hành điều trị đồng thời các tổn thương phối hợp trên mắt chấn thương, hoặc sau quá trình điều trị xuất huyết nội nhãn.



## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:**

### **a. Tiến triển**

- Tiến triển xuất huyết nội nhãn phụ thuộc vào các yếu tố:

- + Mức độ xuất huyết
- + Xuất huyết tái phát
- + Các tổn thương nội nhãn phối hợp
- + Tình trạng toàn thân và độ tuổi bệnh nhân
- + Thời gian điều trị sau chấn thương.

- Xuất huyết nội nhãn mức độ nhẹ có thể theo dõi và điều trị nội khoa, mức độ xuất huyết sẽ tiêu dần theo thời gian. Với trường hợp xuất huyết nặng, tiến triển có thể dẫn đến xuất hiện các biến chứng.

### **b. Biến chứng:**

Sau XHTP, biến chứng có thể gặp:

- + Ngấm máu giác mạc
- + Tăng nhãn áp
- + Viêm màng bồ đào
- + Dính mống mắt
- + Teo thị thần kinh
- + Xuất huyết tái phát

- Biến chứng xuất hiện phụ thuộc vào mức độ xuất huyết, thời gian từ khi chấn thương đến khi được phát hiện và điều trị.

- Sau XHDK có thể gặp các biến chứng:

- + Bong võng mạc

+ Tăng sinh dịch kính- võng mạc

XHDK có biến chứng là một chỉ định can thiệp ngoại khoa trên mắt có XHDK.

## **6. PHÒNG BỆNH:**

Tăng cường công tác tuyên truyền về an toàn lao động, đảm bảo trang thiết bị an toàn lao động khi làm việc; giáo dục các cháu thiếu nhi không chơi các đồ chơi bạo lực.

Cảnh báo nguy hiểm ở những nơi có công trường lao động, nhà máy, xí nghiệp, hầm mỏ,...

## **14. BỆNH HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (HVMTTTD) biểu hiện bằng một vùng bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Bệnh thường gây giảm thị lực tạm thời một bên mắt, hay gặp ở nam giới trong độ tuổi từ 20 đến 50. Một số trường hợp thị lực giảm không phục hồi dù bong thanh dịch võng mạc đã hết.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ.

Các giả thuyết trước đây cho rằng nguyên nhân gây bệnh là vận chuyển ion bất thường qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc và bệnh lý khu trú của mạch máu hắc mạc.

Gần đây, hình ảnh chụp mạch huỳnh quang với Indocyanin Green (ICG) đã cho thấy sự tổn thương của lớp mao mạch hắc mạc gây rối loạn chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Các cá thể có trạng thái thần kinh căng thẳng, cao huyết áp hay bị bệnh. Bệnh còn được cho có liên quan đến sự tăng nồng độ cortison và epinephrine trong máu, tác động đến cơ chế tự điều hòa của mao mạch hắc mạc.

Các nghiên cứu gần đây còn cho thấy có sự liên quan giữa bệnh và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*.

Bệnh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc gây bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **a. Lâm sàng**

- Cơ năng: Bệnh nhân bị giảm nhanh thị lực trung tâm kèm theo các triệu chứng: nhìn vật nhỏ đi, rối loạn thị lực màu, ám điểm dương tính trung tâm... Bệnh nhân có thể đau nhức nhẹ hố mắt, căng thẳng, mất ngủ.

- Soi đáy mắt:

+ Thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch (không có dịch xuất huyết phía dưới)

+ Có thể thấy các tổn thương khác kèm theo như: bong biểu mô sắc tố võng mạc, thoái hóa sắc tố võng mạc, các sợi tơ huyết hoặc các cặn lipid dưới võng mạc...

#### **b. Cận lâm sàng**

- Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bong thanh dịch dưới võng mạc.

- Hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc (OCT): Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố... và ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và theo dõi bệnh.

- Hình ảnh ICG: cho thấy hình ảnh tổn thương của mạch máu hắc mạc, mao mạch hắc mạc tăng tính thấm.

### **c. Chẩn đoán xác định**

- Soi đáy mắt sau khi nhỏ giãn: thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch

- Hình ảnh OCT: Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố

- Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bong thanh dịch dưới võng mạc.

### **d. Phân loại**

Bệnh chia làm hai thể lâm sàng:

- Bệnh HVMTTTD điển hình gây ra bởi một hoặc nhiều điểm dò riêng biệt của lớp biểu mô sắc tố trên phim chụp mạch huỳnh quang.

- Bệnh biểu mô sắc tố toả lan (Bệnh HVMTTTD mạn tính) do rối loạn toả lan chức năng của lớp biểu mô sắc tố, biểu hiện trên đáy mắt là vùng bong thanh dịch võng mạc trên nền một vùng thoái hóa của biểu mô sắc tố, biểu hiện trên phim chụp huỳnh quang là một vùng tăng huỳnh quang không đều với một hoặc nhiều điểm dò kín đáo.

### **e. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các nguyên nhân gây bong thanh dịch vùng hoàng điểm khác như: hố đĩa thị bẩm sinh, tân mạch hắc mạc, khối u.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **a. Nguyên tắc chung**

- Bệnh thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng mà không cần điều trị.

- Bệnh không có nguồn gốc viêm nên không chỉ định thuốc chống viêm đường toàn thân.

- Chỉ định điều trị laser được đặt ra trong một số trường hợp đặc biệt.

### **b. Điều trị cụ thể**

- Điều trị nội khoa:

+ Với các trường hợp bị bệnh lần đầu, chỉ cần điều trị nội khoa và theo dõi hằng tháng.

+ Thuốc giúp thanh dịch dưới võng mạc rút nhanh hơn: acetazolamid viên 250mg ngày uống 1 đến 2 viên (uống chia 2 lần) trong 2 tuần

Dùng kèm kali viên 600mg ngày uống 1 viên (uống 1 lần) trong 2 tuần

+ Thuốc tăng cường sự vững bền thành mạch: acid ascorbic (vitamin C) viên 100mg ngày uống 05 viên (uống 1 lần) trong 10 ngày

+ Vitamin giúp phục hồi chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc: nicotinamid (vitamin PP) viên 50mg ngày uống 2 viên (chia 2 lần) trong 2 tuần.

+ Thuốc giãn mạch, tăng cường tuần hoàn: ginkgo biloba viên 40mg ngày uống 3 viên (chia 3 lần) trong 2 tuần.

- Điều trị laser:

+ Chỉ định điều trị laser đặt ra nếu điểm dò nằm cách xa hoàng điểm trên 300 micron và bệnh nhân cần phục hồi thị lực nhanh (laser không làm tăng kết quả thị lực cuối cùng), hoặc các trường hợp bong võng mạc thanh dịch kéo dài trên 4 tháng hoặc tái phát trên mắt đã bị giảm thị lực vì bệnh HVMTTTD lần trước.

+ Sử dụng nốt laser có đường kính 100 micron, thời gian từ 0,1 - 0,2s, năng lượng vừa đủ để nốt bắn có màu xám nhạt và thường chỉ bắn từ 1 đến 5 nốt cho mỗi điểm dò.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Bệnh HVMTTTD thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng và đa số bệnh nhân (80-90%) phục hồi thị lực tốt (từ 8/10 trở lên). Dù thị lực được phục hồi, bệnh nhân vẫn có thể bị các triệu chứng như: nhìn vật biến dạng, giảm độ tương phản...

- Số ít bệnh nhân còn lại phục hồi thị lực kém hơn và có nhiều nguy cơ tái phát hoặc chuyển thành bệnh biểu mô sắc tố lan toả, gây giảm thị lực nặng (từ 1/10 trở xuống) vĩnh viễn.

- Có 40-50% bệnh nhân bị HVMTTTD điển hình bị tái phát bệnh trên cùng một mắt.

- Nguy cơ gây tân mạch hắc mạc là khá thấp (dưới 5%) nhưng nguy cơ này tăng cao hơn ở người lớn tuổi.

## **6. PHÒNG BỆNH**

Nguyên nhân sinh bệnh chưa được xác định rõ nên chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Tuy nhiên, bác sĩ nên khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi hợp lý, tránh làm việc căng thẳng và không nên sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê...

## **15. BỆNH TẮC TĨNH MẠCH VÕNG MẠC**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Tắc tĩnh mạch võng mạc là bệnh lý mạch máu võng mạc biểu hiện sự ngừng trệ tuần hoàn trở về ở võng mạc, xảy ra ở thân tĩnh mạch trung tâm võng mạc ngay đĩa thị, sau lá sàng được gọi là tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc hoặc tắc ở thân tĩnh mạch sau khi phân chia 2 nhánh gọi là tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hoặc tắc ở nơi bất chéo động - tĩnh mạch gọi là tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

#### **a. Các nguyên nhân toàn thân**

- Tăng huyết áp (vô căn): là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Xơ vữa động mạch: có thể đã gây tăng huyết áp hoặc chưa.
- Tắc hay hẹp động mạch cảnh trong: do bẩm sinh hoặc do mảng xơ vữa động mạch gây nên.
- Bệnh đái tháo đường.
- Rối loạn mỡ máu: cholesterol máu tăng hoặc triglyceride tăng hoặc cả 2 loại đều tăng.
- Bệnh thận: suy thận các mức độ, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mãn...
- Các bệnh về máu: thiếu máu, bệnh bạch cầu cấp, đa hồng cầu, thiếu máu, bệnh lý hồng cầu, rối loạn globulin máu...
- Các bệnh lý mạch máu: viêm tĩnh mạch, viêm thành mạch mãn tính nguyên phát hay thứ phát sau nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân: bệnh giang mai, bệnh Behçet, bệnh Eales, bệnh hệ thống collagen...
- Bệnh còn hay gặp ở những người nghiện thuốc lá

### **b. Các nguyên nhân tại chỗ**

- Tăng áp lực hồ mắt
- Tăng nhãn áp do glôcôm mãn tính
- Viêm tổ chức hóc mắt mãn tính...

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **a. Lâm sàng**

- Bệnh thường xảy ra ở một mắt, giảm thị lực từ ít đến nhiều, có thể chỉ còn đếm ngón tay nhưng không hoàn toàn mất thị lực
- Mắt bị bệnh không đau nhức, không đỏ mắt.

- Khám đáy mắt: Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc có 4 dấu hiệu chính:
  - + Tĩnh mạch giãn to, ngoằn ngoèo.
  - + Phù đĩa thị, phù võng mạc và có thể phù hoàng điểm.
  - + Xuất huyết võng mạc trải rộng từ đĩa thị ra tận ngoại vi võng mạc, có thể xuất huyết nông hoặc xuất huyết sâu trong võng mạc.
  - + Vết dạng bông (xuất tiết mèm) tập trung quanh đĩa thị ít hay nhiều tùy thể (gặp nhiều ở thể thiếu máu).
- Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hay tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: các triệu chứng khu trú ở vùng võng mạc được dẫn lưu bởi nhánh tắc.
- Giai đoạn có biến chứng: ngoài 4 dấu hiệu trên còn có thể xuất hiện tân mạch (đĩa thị, võng mạc hoặc trên móng mắt, góc tiền phòng), xuất huyết dịch kính, bong võng mạc.

## **b. Cận lâm sàng**

- Chụp mạch ký huỳnh quang võng mạc: thì tĩnh mạch chậm, không có thuốc huỳnh quang trong lòng mao mạch (thiếu máu võng mạc), mao mạch vùng hoàng điểm không hiện lên (thiếu máu hoàng điểm). Khuếch tán thuốc huỳnh quang qua thành mao mạch và các tĩnh mạch lớn gây tăng huỳnh quang ở võng mạc, đĩa thị, các hốc xung quang hoàng điểm (phù hoàng điểm dạng nang)
- OCT võng mạc (Optical Coherence Tomography): đo chính xác chiều dày võng mạc và thể tích hoàng điểm.
- Điện võng mạc: có giá trị tiên lượng bệnh. Tỷ số sóng b/ sóng a < 1 là có nguy cơ xuất hiện tân mạch.
- Siêu âm màu Doppler: đo tốc độ dòng chảy động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc, chẩn đoán bệnh lý tại động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh toàn thân như: sinh hóa máu, huyết



học, HIV, HBsAg....

### **c. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng

### **d. Phân loại và thể bệnh**

- Phân theo vị trí tắc giải phẫu

+ Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc: tắc ở thân tĩnh mạch võng mạc khi chui qua mảnh sàng ở đĩa thị, tắc cả 4 nhánh tĩnh mạch: thái dương trên, mũi trên, thái dương dưới, mũi dưới.

+ Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: tắc tĩnh mạch tại nơi bắt chéo động tĩnh mạch võng mạc. Có thể tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên thái dương trên hoặc mũi trên hoặc thái dương dưới hoặc mũi dưới.

+ Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc: là tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên và mũi trên (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc trên) hoặc tắc nhánh tĩnh mạch thái dương dưới và mũi dưới (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc dưới).

- Phân loại theo lâm sàng

+ Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu: thị lực giảm đột ngột và trầm trọng, thị trường thu hẹp, có ám điểm trung tâm tuyệt đối. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc rất nhiều, ở cả lớp nông và sâu; có nhiều hơn 10 xuất tiết dạng bông. Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có vùng võng mạc thiếu tưới máu trên 10 đường kính đĩa thị. Giai đoạn sau: bệnh gây biến chứng tân mạch võng mạc, tân mạch đĩa thị, tân mạch mống mắt, góc tiền phòng gây glôcôm tân mạch, xuất huyết dịch kính... Đĩa thị teo.

+ Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu: thị lực giảm vừa, hoặc giảm trầm trọng, có thể có ám điểm trung tâm. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc chủ yếu ở lớp nông, không có hoặc

có từ 1 - 9 xuất tiết mềm; Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có phù võng mạc tỏa lan, phù hoàng điểm hoặc phù hoàng điểm dạng nang ở giai đoạn sau. Phù võng mạc, hoàng điểm trên chụp cắt lớp võng mạc.

+ Tắc tĩnh mạch thể lạnh tính ở người trẻ: thường gặp ở người trẻ < 40 tuổi, không có bệnh toàn thân phối hợp. Thị lực giảm ít, không biến đổi thị trường hoặc điểm mù rộng ra. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc nông, xuất hiện rải rác ở võng mạc hậu cực; không có hoặc có ít vết xuất tiết mềm nhỏ. Tuy nhiên, chụp mạch huỳnh quang võng mạc không thấy tổn thương hệ mao mạch võng mạc.

#### **e. Chẩn đoán phân biệt**

- Bệnh võng mạc đái tháo đường: có tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh xuất hiện ở 2 mắt, tổn thương chủ yếu là vi phình mạch võng mạc.
- Bệnh thiếu máu đầu trước thị thần kinh cấp tính: đĩa thị phù nhiều, xuất huyết nông tập trung chủ yếu quanh đĩa thị.
- Bệnh tắc, hẹp tĩnh mạch và động mạch mắt gây hội chứng thiếu máu mắt: xuất huyết võng mạc tập trung nhiều ở võng mạc xích đạo và võng mạc chu biên. Xác định hẹp, tắc tĩnh mạch, động mạch mắt trên siêu âm màu Doppler hệ mạch cảnh.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc chung**

Điều trị bệnh tại mắt:

- + Các thuốc tiêu huyết khối
- + Các thuốc tiêu máu
- + Chống thiếu máu
- + Điều trị biến chứng

+ Điều trị phẫu thuật phối hợp khi cần thiết.

Phối hợp điều trị các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...

### **b. Điều trị cụ thể**

- Tắc tĩnh mạch thể lạnh tính: thường gặp ở người trẻ, thị lực giảm ít

*Chỉ điều trị nội khoa bằng thuốc*

+ Thuốc tăng cường tuần hoàn: Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày x 2- 3 tuần.

+ Thuốc giảm phù nề: Alphachymotripsin 10mg x 3 - 4 viên/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Thuốc chống kết tụ tiểu cầu và giảm độ quánh của máu: Acetyl salicylic Acid 100mg x 1 viên/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Thuốc tăng cường bền vững thành mạch máu: Vitamin C 1g/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Chống viêm có Cortisol: được dùng khi có phản ứng viêm quanh tĩnh mạch hoặc có bệnh hệ thống. Cortisol 0,6 - 0,8mg/kg/ngày x 7 - 10 ngày sau đó giảm liều dần (theo nguyên tắc sử dụng Corticoid).

+ Thuốc tiêu huyết khối (Streptokinase, Urokinase) hay thuốc tan huyết khối (Thrombolytic Agents) chỉ dùng khi bệnh nhân đã có xét nghiệm tỷ lệ Prothrombin bình thường và dùng theo chỉ định của các bác sỹ nội khoa.

- Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu

*Điều trị nội khoa bằng thuốc như thể lạnh tính, thêm*

+ Thuốc ức chế men Anhydraz: Acetazolamide 250mg x 1 viên/ngày x 2 - 4 tuần.

+ Thuốc bù kali khi dùng thuốc ức chế men Anhydraz: Kaleorid 600mg x 1 viên/ngày x 2 - 4 tuần.

+ Tra tại mắt thuốc chống viêm non-steroid 0,1% x 3 lần/ngày x 2 - 4 tuần.

*Điều trị bằng laser*

- + Phù võng mạc ngoài hoàng điểm: chỉ điều trị bằng laser khi
  - Có xuất tiết dạng vòng bao quanh vùng mạch máu bất thường, làm khuếch tán huỳnh quang ra ngoài thành mạch, phá hủy các bất thường mạch máu này bằng laser sẽ giảm xuất tiết.
  - Nguy cơ có bong thanh dịch võng mạc khi phù võng mạc nhiều
- + Phù hoàng điểm: chỉ làm laser trong trường hợp
  - Phù hoàng điểm kéo dài trên 3 tháng
  - Thị lực không tăng, dưới 5/10 hoặc ngày càng giảm
  - Trên ảnh chụp mạch huỳnh quang hoặc OCT có phù hoàng điểm ngày càng tăng hoặc phù hoàng điểm dạng nang.
- Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu

*Điều trị nội khoa như thể phù*

*Điều trị laser:* khi vùng võng mạc thiếu máu trên ảnh chụp huỳnh quang  $\geq 10$  đường kính đĩa thị.

- + Nếu đã có tân mạch đĩa thị hoặc tân mạch võng mạc: laser toàn bộ võng mạc trừ vùng võng mạc hậu cực.
- + Nếu đã có tân mạch mống mắt hoặc glôcôm tân mạch: tiêm nội nhãn thuốc chống tăng sinh tân mạch phối hợp laser toàn bộ võng mạc hoặc lạnh đông củng mạc.
- Điều trị toàn thân:
  - + Bằng các thuốc đặc hiệu khi tìm thấy nguyên nhân như: xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh hệ thống collagen, bệnh giang mai...
  - + Điều trị các bệnh tại chỗ như viêm tổ chức hốc mắt, glôcôm...

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tắc tĩnh mạch võng mạc lành tính ở người trẻ: bệnh tự thoái triển.

- Tác tĩnh mạch thể thiếu máu: có thể gây glôcôm tân mạch sau 100 ngày, hoặc tân mạch đĩa thị, tân mạch võng mạc gây xuất huyết dịch kính, bong võng mạc co kéo...
- Tác tĩnh mạch thể không thiếu máu: phù hoàng điểm kéo dài gây lỗ hoàng điểm, có thể chuyển thể bệnh sang thể thiếu máu.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Khuyến cáo bệnh nhân phải điều trị các bệnh toàn thân có nguy cơ cao như xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận...
- Khuyến cáo bệnh nhân không nên hút thuốc lá.

## **15. TÁC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Tác động mạch võng mạc là hiện tượng tắc nghẽn động mạch hay một trên nhiều nhánh của động mạch trung tâm võng mạc gây ra thiếu máu tổ chức võng mạc.

Tác động mạch trung tâm võng mạc là một tai biến nặng nề về chức năng mắt khiến dòng máu không đến nuôi dưỡng võng mạc được gây ra bệnh cảnh mù một mắt đột ngột, không hồi phục dù có được điều trị cấp cứu kịp thời. Bệnh hay gặp trên người có bệnh lý tim mạch.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Bệnh có 2 nhóm nguyên nhân chính là huyết khối và nghẽn mạch.

#### **a. Huyết khối**

- Bệnh Horton
- Các bệnh gây huyết khối có nguồn gốc viêm khác: viêm động mạch dạng nút, bệnh Takayasu, bệnh Kawasaki, bệnh huyết khối do mạch máu Buerger, bệnh Behçet, giang mai.

- Huyết khối do thành mạch: xơ vữa động mạch.
- Huyết khối do bệnh máu: bệnh bạch cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch...

### **b. Nghẽn mạch**

- Mảng cholesterol do xơ vữa động mạch
- Mảng calci (tách từ các van tim)
- Khối tiêu cầu
- Các nguyên nhân nghẽn mạch khác: do mỡ (sau gãy xương dài), do khí, khối u, ký sinh trùng, nhiễm trùng, do tiêm cortisone vùng mắt.

### **c. Các nguyên nhân khác**

- Co thắt mạch: migraine, bệnh Raynaud, chấn thương nhãn cầu, phẫu thuật mắt, sau tiêm hậu nhãn cầu, ngộ độc methylique hoặc quinine.
- Giảm lưu lượng tuần hoàn mạch máu võng mạc: bệnh tăng huyết áp, hạ huyết áp (do tư thế đứng, do mất máu cấp), tăng áp lực nội nhãn kéo dài (sau phẫu thuật bong võng mạc).
- Nguyên nhân tại chỗ: U hoặc nhiễm trùng hố mắt, ổ viêm hắc võng mạc.

## **3. CHUẨN ĐOÁN**

### **a. Lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng
- + Mù đột ngột 1 mắt, không kèm các triệu chứng chớp sáng, đau nhức, đỏ mắt, cộm chói. Đôi khi còn cảm nhận ánh sáng phía thái dương.
- + Đôi khi có tiền triệu là những đợt mù thoáng qua, đau nhức hố mắt xảy ra ở 1 bên.
- Khám mắt
- + Đồng tử giãn, không còn phản xạ trực tiếp.

+ Bán phần trước bình thường, nhãn áp trong giới hạn bình thường.

+ Khám đáy mắt:

- Động mạch co thắt, có thể thấy dòng máu chảy gián đoạn trong lòng mạch như "chuỗi tràng hạt".

- Võng mạc phù trắng.

- Hoàng điểm anh đào.

- Có thể còn thấy 1 vùng võng mạc còn hồng nằm giữa đĩa thị và hoàng điểm (trong trường hợp có động mạch mi-võng mạc).

### **b. Cận lâm sàng**

- Chụp mạch huỳnh quang võng mạc: thời gian tay-võng mạc kéo dài, chậm ngấm thuốc ở động mạch, hình ảnh của điểm tắc mạch và cục nghẽn, chậm ngấm thuốc ở tĩnh mạch. Khi đã thiết lập lại tuần hoàn võng mạc, kết quả chụp mạch huỳnh quang bình thường.

- Điện võng mạc: mất sóng b ở cả môi trường sáng và tối.

### **c. Chuẩn đoán xác định**

- Triệu chứng cơ năng:

Mù 1 mắt đột ngột không đau nhức.

- Triệu chứng thực thể

+ Đồng tử giãn 1 bên, mất phản xạ trực tiếp, còn phản xạ liên ứng.

+ Soi đáy mắt: dấu hiệu "hoàng điểm anh đào", động mạch co thắt, dòng máu lưu thông trong mạch máu gián đoạn. Động mạch không đập khi ấn nhãn cầu.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Chụp mạch huỳnh quang võng mạc: thời gian tay mắt kéo dài, thì động mạch chậm.

+ Điện võng mạc: tiêu hủy.

#### **d. Chuẩn đoán thể lâm sàng**

- Trường hợp có động mạch thể mi-võng mạc: trên 20% người bình thường có động mạch này và không xuất phát từ động mạch trung tâm võng mạc. Khi xảy ra tắc động mạch thể mi-võng mạc, thị lực trung tâm của người bệnh không mất hoàn toàn. Khám đáy mắt thấy ít phù võng mạc, không có dấu hiệu "hoàng điểm anh đào".

- Tắc nhánh động mạch trung tâm võng mạc: Khuyết thị trường theo vị trí nhánh mạch bị tắc. Soi đáy mắt thấy hình ảnh tắc nhánh động mạch trung tâm võng mạc.

#### **e. Chẩn đoán phân biệt**

- Hội chứng Tay-Schas ở trẻ nhỏ.
- Teo gai thị.
- Thiếu máu cấp đầu thị thần kinh.
- Phù Berlin trong chấn thương đụng dập nhãn cầu.

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **a. Nguyên tắc điều trị**

- Là cấp cứu số một của nhãn khoa cần xử lý sớm trong vòng 2 giờ đầu.
- Giải quyết nguyên nhân tắc mạch, tạo lại sự lưu thông của mạch máu.

#### **b. Phác đồ điều trị:**

- Tại chỗ: thay đổi áp lực động mạch và áp lực nội nhãn
- Tiêm thuốc giãn mạch hậu nhãn cầu
- Toàn thân: thuốc hạ nhãn áp, giãn mạch, tiêu cục máu đông, chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu
- Điều trị nguyên nhân: điều trị các bệnh tim mạch bằng thuốc và phẫu thuật



- Ngoại khoa: chọc tiền phòng, tháo bớt thủy dịch.

### **c. Điều trị cụ thể**

Tại chỗ:

+ Massage nhãn cầu

+ Tolazolinium 10mg x 2 ống (tiêm hậu nhãn cầu) sáng-chiều x 7 ngày.

+ Cerebrolysin x1 ống (tiêm bắp) x 7 ngày

Toàn thân: Nằm ở tư thế đầu thấp

+ Thở hỗn hợp carbogene qua mặt nạ: hỗn hợp 95% oxy, 5% carbonic qua mặt nạ trong 10 phút cho mỗi giờ vào ban ngày và cho 4giờ vào ban đêm.

+ Acetazolamide uống hay truyền tĩnh mạch 500mg/ ngày x 7 ngày.

+ Kaleoride 600mg/ngày (uống) x 7 ngày.

+ Aspirine pH8 x 1 v/ngày (uống) x 7 ngày.

+ Cao cây bạch quả 40mg x 3v/ngày (uống) x 7 ngày.

## **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Bệnh tiến triển thường theo xu hướng bất lợi dù có được điều trị dẫn tới giảm thị lực trầm trọng, khuyết thị trường, thậm chí mù 1 mắt.

- Gai thị có thể teo, mạch máu võng mạc co nhỏ.

- Cũng có thể xảy ra trường hợp tình trạng thiếu máu võng mạc dẫn tới hiện tượng tăng sinh tân mạch trước gai thị, glocom tân mạch.

## **6. PHÒNG BỆNH**

- Tại mắt: khám, phát hiện những trường hợp mù thoáng qua xảy ra ở 1 mắt. Điều trị dự phòng những trường hợp đã xảy ra tắc nhánh động mạch.

- Toàn thân: khám tổng quát phát hiện các yếu tố nguy cơ, nhất là các bệnh tim mạch,

bệnh máu...

## 16. VIÊM THỊ THẦN KINH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là hiện tượng viêm do nguyên nhân đặc hiệu (lao, giang mai, virus, nấm...) hay không đặc hiệu (thiếu máu, bệnh hệ thống...) của thị thần kinh.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên phát (không thấy căn nguyên)
- Nhiễm trùng các vùng lân cận (xoang, răng) hoặc toàn thân.
- Nhiễm virus ở trẻ em ( sởi, quai bị, thủy đậu...)
- Các nhiễm trùng virus khác ( viêm não, herpes..)
- Lao, giang mai, bệnh Sarcoid, bệnh xơ cứng mủng...

### 3. CHUẨN ĐOÁN

#### a. Lâm sàng:

- Lứa tuổi thường gặp: 18 - 45 tuổi.
- Giảm thị lực một hoặc hai mắt ở các mức độ khác nhau, bệnh có thể từ từ hoặc tiến triển nhanh (vài ngày đến vài tuần).
- Đau nhức hố mắt, có thể đau khi vận nhãn, hai mắt không đỏ, không chói cộm.
- Tổn thương sắc giác: giảm sắc giác
- Có thể có các triệu chứng hệ thống thần kinh , hô hấp, tim mạch...
- Phản xạ đồng tử nghịch thường
- Tổn thương đáy mắt có hai hình thái:
  - + *Viêm thị thần kinh phía trước còn gọi là viêm gai thị: Bờ gai thị mờ do cương tụ*

quanh gai thị, mạch máu gai thị giãn, có thể kèm xuất huyết quanh gai hình ngọn nến.

+ *Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu*: Đáy mắt hầu như không có gì bất thường.

### **b. Cận lâm sàng:**

- Đo thị lực

- Khuyết phản xạ đồng tử liên ứng trong trường hợp bị một mắt hoặc tổn thương hai mắt nhưng không cân xứng.

- Thị trường: tổn hại thị trường đa dạng: Hẹp đều hoặc từng góc góc một một phần tư, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, điểm mù sinh lý to ra.

- Rối loạn sắc giác.

- Siêu âm: lồi gai thị, thị thần kinh to ra, bờ không đều

- OCT vùng gai thị: lồi gai thị

- X-Quang sọ não thẳng nghiêng; X-Quang xoang chụp Blondeux và Hirtz (có thể thấy hình ảnh viêm xoang).

- Chụp C.T scanner sọ, chụp MRI (thị thần kinh to ra, bờ không đều).

- Điện châm kích thích (PEV: giảm hoặc mất).

- Xét nghiệm máu (công thức máu, máu lắng...)

### **c. Chẩn đoán xác định:**

- Giảm thị lực, giảm phản xạ đồng tử hướng tâm

- Viêm phù gai thị

- Ám điểm trung tâm

### **d. Chẩn đoán phân biệt:**

- Thiếu máu đầu thị thần kinh: hẹp động mạch cảnh, viêm động mạch tế bào khổng lồ (thường gặp ở người già, hình ảnh đáy mắt có thể gặp xuất huyết cạnh gai thị kèm phù

gai nhẹ).

- Phù gai thị do tăng áp lực nội sọ: u não, áp xe não... (kèm các dấu hiệu khác của tăng áp lực nội sọ, rối loạn tri giác)
- Con tăng huyết áp kịch phát (tiền sử tăng huyết áp, đo huyết áp thấy tăng cao)
- Ngộ độc thị thần kinh (do rượu, thuốc chống lao...)
- Khô u nội nhãn chèn ép thị thần kinh (dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, chụp CT scanner, MRI giúp chẩn đoán phân biệt).
- Ngoài ra còn có các trường hợp viêm gai thị phối hợp như: viêm màng bồ đào gai thị, viêm màng bồ đào màng não.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **a. Nguyên tắc:**

- Chống viêm
- Giảm phù
- Dinh dưỡng thị thần kinh.

##### **b. Điều trị cụ thể**

- Mức độ 1: Thị lực giảm ít hoặc vừa

*Chống viêm đặc hiệu:*

- + Kháng sinh chống lao, giang mai nếu xác định được nguyên nhân.
- + Kháng sinh phổ rộng: cephalosporine thế hệ 3, quinolone...
- + Thuốc chống virus.
- + Kháng sinh chống nấm.

*Chống viêm:*

- + Prednisolon 0,5mg/kg/ngày, khi bệnh đỡ hạ liều dần.

+ Hoặc Indomethaxin 0,025g x 4 viên/ngày, khi bệnh đỡ hạ liều dần.

*Thuốc dẫn mạch, tăng cường tuần hoàn:*

+ Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày trong 2 đến 4 tuần.

*Dinh dưỡng thần kinh:*

+ Vitamin B1, B6, B12 (3B hay Neramin) x 2 viên/ ngày trong 2 đến 4 tuần.

- Mức độ 2: Thị lực giảm nhiều hoặc điều trị tuyến dưới không khỏi.

*Chống nhiễm khuẩn bằng các kháng sinh phổ rộng:*

+ Cephalosporine thế hệ 3, quinolone đường uống, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

+ Thuốc chống virus.

+ Kháng sinh chống nấm.

*Thuốc chống viêm:*

+ Prednisolon 1mg/kg/ngày trong 7 đến 10 ngày, sau đó hạ liều dần.

*Thuốc dẫn mạch, tăng cường tuần hoàn:*

+ Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày trong 2 đến 4 tuần.

+ Tinh chất protein não lợn chuẩn hóa: tiêm tĩnh mạch chậm Cerebrolysin 10ml x 1 ống/ngày trong 2 đến 4 tuần.

*Dinh dưỡng thần kinh:*

+ Vitamin B1, B6, B12 ( 3B hay Neucarmin ) x 2 viên/ ngày trong 2 đến 4 tuần.

+ Dùng thêm vitamin C viên 500mg ngày uống 1 viên trong 2 đến 4 tuần.

+ Vitamin B1 0,025g/ống/ngày + Vitamin B12 500mcg x 1 ống/ ngày, đường tiêm bắp.

*Thuốc giảm phù có tác dụng chống viêm:*

+ Alphachymotrypsin viên 4,2mg x 4-6 viên/ngày uống trong 7 đến 10 ngày.

### c. Điều trị theo y học cổ truyền:

Y học dân tộc gọi là chứng thanh manh, do can huyết hư can phong nổi lên mà gây bệnh.

- Triệu chứng (dựa theo y học hiện đại)
- Phương pháp chữa: Bổ can huyết tức phong.

#### Bài thuốc:

Sài hồ	12g	Bạch thược	12g
Bạch tật lê	8g	Hà thủ ô	16g
Thiên ma	8g	Ngũ vị tử	6g
Câu đằng	16g	Thục địa	16g
Đương quy	12g	Sa tiền tử	16g

#### Châm cứu:

- Châm bổ: Can du, Cách du, Thái xung, Thận du, Tỳ du. Tĩnh minh, Toàn túc, Thừa khấp, Cầu hậu, Phong trì.
- Lưu kim 45 phút: châm một liệu trình 7 đến 10 ngày.

### 5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh, nguyên nhân gây bệnh
- + Thị lực phục hồi hoàn toàn
- + Thị lực phục hồi một phần
- + Thị lực không phục hồi, teo gai thị
- Biến chứng: teo gai thị sau viêm.

### 6. PHÒNG BỆNH

Theo nguyên nhân bệnh.