

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN MẮT

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

Số: 377/QĐ-BVM

Bình Định, ngày 09 tháng 12 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH
V/v Ban hành phác đồ điều trị một số bệnh về mắt
tại Bệnh viện Mắt Bình Định

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT BÌNH ĐỊNH

Căn cứ Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa;
Căn cứ Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt;
Căn cứ Quyết định số 510/QĐ-UBND ngày 15/9/2008 của UBND tỉnh Bình Định về việc thành lập Bệnh viện Mắt trên cơ sở tổ chức lại Trung tâm Mắt;
Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc & Điều trị, Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này 38 phác đồ điều trị các bệnh về mắt.

Điều 2. Các phác đồ này được áp dụng chung cho tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện từ năm 2016.

Điều 3. Trưởng các khoa phòng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký ban hành.

Nơi nhận:

- Các khoa phòng;
- Lưu VT, HĐ Thuốc & ĐT, HĐ KHCN.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Thanh Triết

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN MẮT

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

Số: 437/QĐ-BVM

Bình Định, ngày 02 tháng 6 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

**V/v Ban hành phác đồ điều trị một số bệnh về mắt (đợt 1)
tại Bệnh viện Mắt Bình Định**

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT BÌNH ĐỊNH

Căn cứ Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa;

Căn cứ Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt;

Căn cứ Quyết định số 510/QĐ-UBND ngày 15/9/2008 của UBND tỉnh Bình Định về việc thành lập Bệnh viện Mắt trên cơ sở tổ chức lại Trung tâm Mắt;

Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc & Điều trị, Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện.

QUYẾT ĐỊNH:


Điều 1: Ban hành bổ sung kèm theo quyết định này 4 phác đồ điều trị về mắt (đợt 1).

Điều 2. Các phác đồ này được áp dụng chung cho tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện năm 2020.

Điều 3. Trưởng các khoa phòng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký ban hành.

Nơi nhân:

- Các khoa phòng;
- Lưu VT, HĐ Thuốc & ĐT, HĐ KHCN.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Thanh Triết
Nguyễn Thanh Triết

Ký bởi: Bệnh viện Mắt
Ngày ký: 02-06-2020 11:35:35 +07:00

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN MẮT

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

Số:480 /QĐ-BVM

Bình Định, ngày 12 tháng 6 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

**V/v Ban hành phác đồ điều trị một số bệnh về mắt (đợt 2)
tại Bệnh viện Mắt Bình Định**

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT BÌNH ĐỊNH

Căn cứ Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa;
Căn cứ Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt;
Căn cứ Quyết định số 510/QĐ-UBND ngày 15/9/2008 của UBND tỉnh Bình Định về việc thành lập Bệnh viện Mắt trên cơ sở tổ chức lại Trung tâm Mắt;
Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc & Điều trị, Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành bổ sung kèm theo Quyết định này 3 phác đồ điều trị các bệnh về mắt (đợt 2).

Điều 2. Các phác đồ này được áp dụng chung cho tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện từ năm 2020.

Điều 3. Trưởng các khoa phòng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký ban hành.

Nơi nhận:

- Các khoa phòng;
- Lưu VT, HĐ Thuốc & ĐT, HĐ KHCN.

GIÁM ĐỐC


Ký bởi: Bệnh viện Mắt
Nguyễn Thanh Truet 20 15:11:27 +07:00

MỤC LỤC

	Trang
Phác đồ điều trị áp xe túi lệ	1
Phác đồ điều trị viêm túi lệ mãn bằng tiếp khẩu túi lệ – mũi + đặt ống silicone	2
Phác đồ điều trị đứt lệ quản trên dưới	4
Phác đồ điều trị viêm túi lệ kinh niên	6
Phác đồ điều trị đục thủy tinh thể theo phương pháp phẫu thuật phaco	7
Phác đồ điều trị đục thủy tinh thể theo phương pháp phẫu thuật ngoài bao	9
Phác đồ điều trị đục thể thủy tinh bẩm sinh	11
Phác đồ điều trị vết thương xuyên thủng nhãn cầu nghi ngờ viêm mũ nội nhãn	14
Phác đồ điều trị đục – lệch, vỡ thể thủy tinh do chấn thương	17
Phác đồ điều trị đục – vỡ thể thủy tinh sau vết thương xuyên	20
Phác đồ điều trị bong mắt do hóa chất	22
Phác đồ điều trị bệnh lý thần kinh thị chấn thương	26
Phác đồ điều trị bệnh nhãn giáp	27
Phác đồ điều trị bệnh thiếu máu đầu thần kinh thị	29
Phác đồ điều trị khô mắt	31
Phác đồ điều trị mộng thịt	33
Phác đồ điều trị mức nội nhãn	35
Phác đồ điều trị ngoại trú rách kết mạc – rách da mi không phức tạp do chấn thương.	36
Phác đồ điều trị áp xe túi lệ	37
Phác đồ điều trị quặm	38
Phác đồ điều trị rách kết mạc	40
Phác đồ điều trị sụp mi	41
Phác đồ điều trị tắc động mạch trung tâm võng mạc	43

Phác đồ điều trị tiêm chất ức chế vegf vào dịch kính	44
Phác đồ điều trị tiêm triamcinolone acetonide vào dịch kính	46
Phác đồ điều trị u giả viêm hốc mắt	48
Phác đồ điều trị u mi, u kết mạc	51
Phác đồ điều trị võng mạc tiểu đường	53
Phác đồ điều trị vết thương xuyên nhãn cầu	55
Phác đồ điều trị viêm giác mạc do herpes simplex	57
Phác đồ điều trị viêm giác mạc do hsv	58
Phác đồ điều trị viêm giác mạc do nấm	60
Phác đồ điều trị viêm giác mạc do vi trùng	61
Phác đồ điều trị viêm loét giác mạc do nấm	62
Phác đồ điều trị viêm mũ nội nhãn	63
Phác đồ điều trị viêm màng bồ đào trước	66
Phác đồ điều trị viêm màng bồ đào trung gian	69
Phác đồ điều trị viêm túi lệ mãn bằng tiếp khâu túi lệ – mũi + đặt ống silicone	71
Phác đồ điều trị viêm thần kinh thị	73
Phác đồ điều trị xuất huyết dịch kính	75
Phác đồ điều trị xuất huyết tiền phòng do chấn thương	77
Phác đồ điều trị xuất huyết tiền phòng	79
Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc	80

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE TÚI LỆ

I. Triệu Chứng

A) . Chủ Quan:

- Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mù.
- Đau, đỏ, sưng phần mềm vùng khóe trong dưới mắt.

B) . Khách Quan:

- Vùng góc trong sưng tấy, đỏ, ấn rất đau.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

- Các u vùng khóe trong mắt.
- Viêm túi lệ mãn.

III. Nguyên Nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay mạn tính. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Staphylococcus.

IV. Cận Lâm Sàng:

- Máu: CTM, Ts – TC, Glycemie.
- Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều Trị:

1. Phẫu thuật:

- Gây tê vùng lệ quản túi lệ = Xylocain 2%.
- Rạch rộng vùng áp-xe (abcès) dẫn lưu mù.
- Rửa bằng Povidine 5%.
- Đặt Penrose dẫn lưu.

2. Thuốc Hậu Phẫu:

- Kháng sinh
- * Nhỏ tại chỗ x 7 ngày.
- * Uống x 5 ngày.
- Kháng viêm: Uống x 5 ngày.
- Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. Theo Dõi:

* Thay penrose dẫn lưu mỗi ngày nếu cần đặt trên 24h. Rút dẫn lưu khi vết rạch sạch, không còn mù hay dịch tiết.

* Để hở vết thương, rửa vết thương 2 lần ngày đến khi khô sạch.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ MÃN BẰNG TIẾP KHẨU TÚI LỆ – MŨI + ĐẶT ÓNG SILICONE

I. Triệu Chứng

(A) . Chủ Quan:

– Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhày, mủ; vèm kết mạc một mắt tái phát nhiều lần.

(B) . Khách Quan:

– Sung nề vùng góc trong do mủ nhày, ấn không đau.
– Ấn vùng túi lệ, có thể có mủ nhày trào ngược ở điểm lệ dưới.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

– Các u vùng khóe trong mắt.
– Áp xe túi lệ.

III. Nguyên Nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay mạn tính. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Staphylococcus.

IV. Cận Lâm Sàng:

– Xét nghiệm máu: CTM – TS -TC – Đường huyết – Ure huyết – ELISA.
– Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều Trị:

1. Chỉ Định Tiếp Khẩu Túi Lệ Mũi + Đặt Ống Silicone:

Giống chỉ định tiếp khẩu túi lệ mũi thông thường (tắc ống lệ mũi) nhưng kèm theo:

– Hẹp lệ quản ngang hoặc lệ quản chung.
– Teo túi lệ do thông không đúng cách nhiều lần hoặc do chấn thương.
– Sau rạch Abcès túi lệ.
– Sau tiếp khẩu túi lệ mũi lần 1 thất bại.

2. Chống Chỉ Định:

– Không có điểm lệ.
– Không có lệ quản và túi lệ.
– K túi lệ hoặc mũi.

3. Vật Liệu Và Phương Pháp:

A) . Vật Liệu:

– Ống Silicon rộng với 2 que sắt nối 2 đầu (Si 1010).
– Bộ đồ tiếp khẩu túi lệ mũi + khoan + đục.

B). Phương Pháp Tiến Hành:

- Khoan xương mũi, dùng que sắt có Silicone vòng qua 2 lệ quản trên- dưới qua lỗ khoan xương xuống mũi, cột cố định ở mũi.
- Khâu da, băng ép.

4. Thuốc Sau Mổ:

- Kháng sinh: uống (5 ngày).
- Kháng viêm: uống (5 ngày).
- Giảm đau: uống (5 ngày).

VI. Theo Dõi:

- Sau mổ: đau nhức, chảy máu.
- Cắt chỉ da sau 7 ngày.
- Thời gian lưu ống: 3 – 6 tháng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỨT LỆ QUẢN TRÊN DƯỚI

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan:

– Chảy nước mắt sống sau chấn thương có/không rách mi mắt góc trong

(b) . Khách quan:

– Đứt lệ quản trên hoặc dưới trên sinh hiển vi.

– Bơm rửa lệ đạo thấy đứt lệ quản trên hoặc dưới, nước trào tại chỗ đứt.

II. Chẩn đoán phân biệt:

– Rách mi trên/dưới đơn thuần.

III. Nguyên nhân:

– Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động, chó mèo cắn

IV. Cận lâm sàng:

– Xét nghiệm máu: CTM, TS – TC, Glycemie.

– Khám tiền mê.

V. Điều trị:

1. Chỉ định:

– Rách da mi trên, dưới kèm đứt lệ quản trên hoặc dưới.

– Ở mọi độ tuổi.

– Không có bệnh gì đặc biệt về nội khoa, tim phổi, thần kinh, tâm thần.

2. Chống chỉ định:

– Rách mi mắt hóc mắt phức tạp, mắt chất nhiều, mắt hoặc nát hết vùng lệ quản mi góc trong.

3. Vật liệu và phương pháp phẫu thuật:

1. a) . Vật liệu:

– Dây Silicon đường kính 0,6mm, dài 15mm hoặc ống S 1500.

– Cây nong lỗ lệ, cây kim đuôi heo.

– Kính hiển vi phẫu thuật và bộ vi phẫu.

– Chỉ Vicryl (6.0, 7.0 hoặc 8.0), chỉ Nylon 6.0 hoặc Silk 7.0 khâu da.

– Thuốc tê Xylocain 2%.

1. b) . Phương pháp:

– Gây tê vùng lệ quản – túi lệ bằng Xylocain 2%.

– Nối lệ quản + ống Silicon vòng: Xử dụng kim đuôi heo đưa ống Silicon vòng từ lệ quản trên xuống lệ quản dưới qua chỗ đứt, từ lỗ lệ dưới vòng kim đuôi heo qua chỗ đứt và nối 2 đầu ống Silicon lại, vùi chỗ nối vào lệ quản.

– Hoặc Nối lệ quản + ống Silicon S 1500: tìm đầu gần và đầu xa của lệ quản đứt. Đưa ống S 1500 từ điểm lệ qua đầu gần và đầu xa của lệ quản đứt, đẩy ống vào túi lệ. Gài đầu ống ở điểm lệ.

– Nối tận tận chỗ lệ quản đứt.

– Khâu lớp cơ ngoài, lớp da theo đúng vị trí cơ thể học.

4. Điều trị hậu phẫu:

(1) Tại mắt: Kháng sinh nhỏ.

(2) Toàn thân:

– Kháng sinh: 3 – 5 ngày

– Kháng viêm: 3 – 5 ngày (u).

– Giảm đau: 3 ngày (u).

VI. Theo dõi:

– Phục hồi đúng giải phẫu điểm lệ, góc trong mi.

– Thời gian để ống: 6 tháng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ KINH NIÊN

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ **Chủ quan:** Chảy nước mắt sống thường xuyên
- ❖ **Khách quan**
- ❖ Ấn vùng túi lệ xì ra mũ trắng lợn cợn hoặc nước nhờn trong
- ❖ Bơm rửa túi lệ : mũ và nước trào qua điểm lệ đối diện

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Tắc lệ quản trên / tắc lệ quản dưới
- ❖ Tắc toàn bộ /tắc từng phần

III. NGUYÊN NHÂN: Tắc ống lệ mũi do chấn thương, viêm nhiễm...

IV. CẬN LÂM SÀNG

Chụp Xquang có bơm thuốc cản quang nếu có điều kiện

V. ĐIỀU TRỊ

1. **Thông lệ đạo:** có mục đích điều trị cho trẻ con , không nhằm mục đích điều trị cho người lớn

2. **Đặt ống lưu lệ quản:** chỉ sử dụng khi BN bị bán tắc lệ ống lệ mũi hoặc chỉ mới thông lệ đạo 1 lần và thông dễ . Cách này có hiệu quả cao cho bệnh nhi

3. **Cắt bỏ túi lệ:** BN già > 60 tuổi , sức khỏe có vấn đề , trải qua 1 lần rạch áp xe túi lệ

4. **Tiếp khẩu túi lệ mũi:**

- ❖ Phần thuật chọn lựa cho người trẻ , thậm chí đã trải qua rạch áp xe túi lệ 1 lần

- ❖ Có thể mổ cho người lớn tuổi còn sức khỏe , có yêu cầu vì những nhu cầu riêng (nghề nghiệp , đọc sách ...)

5. **Tiếp khẩu túi lệ mũi đặt ống lưu lệ quản:** Có chỉ định khi viêm túi lệ kinh niên sau chấn thương hoặc có bán tắc lệ quản hoặc lúc mổ cho thấy tình trạng niêm mạc túi lệ hay mũi xấu (chai , mỏng manh dễ rách , thiếu niêm mạc .)

VI. THEO DÕI: Tắc lệ đạo tái phát

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ THEO PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT PHACO

Chỉ định

Tất cả các trường hợp đục thể thủy tinh.

Chống chỉ định

- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

Chuẩn bị trước mổ:

- Xét nghiệm thường quy : Công thức máu, Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC), Creatinin máu, Glucose máu, ECG.
- Khám tổng trạng toàn thân: huyết áp, tim phổi. Khám tiền mê.
- Đo thị lực, soi đáy mắt (nếu được), siêu âm mắt A, B. Xác định công suất kính nội nhãn, đo nhãn áp.
- Giải thích cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ, tai biến phẫu thuật.
- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý và ký cam kết phẫu thuật.

Tiền phẫu:

- Vệ sinh mắt mổ và nhỏ thuốc Col Vigamox 1 giờ trước mổ.
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử mắt mổ 30' trước mổ , lặp lại sau 15'.
- Test thuốc tê và ghi kết quả vào hồ sơ.
- Nhỏ thuốc tê tại chỗ bằng Dicaine và sát trùng da quanh mắt mổ bằng Betadine 10%.
- Gây tê hậu cầu hoặc quanh cầu bằng 3-4 ml Lidocaine 2%.
- Kiểm tra nhãn cầu, nếu còn liếc thì tiêm tê bổ sung trước khi đưa bệnh nhân vào phòng mổ.

Phẫu thuật:

- Cho bệnh nhân nằm thoải mái trên bàn mổ.
- Sát trùng lại ngoài da bằng Betadine 10% và nhãn cầu bằng Betadine 5%.
- Trái sáng lỗ vô trùng.
- Dán miếng dán mi và đặt vành mi.
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:
 - Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.
 - Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.

- Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm. Đường hầm giác mạc bằng dao từ 1,9-3,2mm

• Bơm Adrenaline đã pha loãng vào tiền phòng để làm giãn đồng tử tối đa (nếu đồng tử nhỏ).

• Bơm chất nhầy làm đầy tiền phòng.

• Xé liên tục bao trước thủy tinh thể bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 - 6mm.

• Tạo vết mổ phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).

• Thủy tách nhân ra khỏi bao thủy tinh thể.

• Xoay nhân.

• Tán nhuyễn nhân và hút ra bằng máy Phaco.

• Hút rửa sạch vỏ nhân.

• Đặt kính nội nhãn vào đúng vị trí trong bao thủy tinh thể.

• Rửa sạch chất nhầy.

• Bơm phù làm kín vết mổ chính và phụ.

• Bơm kháng sinh dự phòng vào sinh tiền phòng.

• Tiêm Dexamethasone dưới kết mạc.

• Nhỏ thuốc co đồng tử Pilocarpine 1% (nếu cần).

• Rửa sạch mắt, tháo vành mi, băng mắt.

Hậu phẫu:

• Cấp thuốc cho BN và hướng dẫn cách sử dụng

- Thuốc kháng sinh nhỏ tại chỗ nhỏ ngay sau khi mổ, ngày nhỏ 6 lần mỗi lần 1 giọt.

- Thuốc kháng viêm nhỏ mỗi ngày nhỏ 6 lần, 1 lần 1 giọt nhỏ xen kẽ nhau. Giảm liều dần cách tuần.

• Khám ngày hôm sau, thay băng, rửa mắt, theo dõi tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp.

Theo dõi hậu phẫu:

• Tái khám hậu phẫu 1 tuần: đánh giá thị lực, tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp.

• Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng hoặc khi thấy bất thường:

- Đau mà không đỡ sau khi dùng thuốc.

- Sưng nề mi mắt.

- Thị lực kém đi.

- Chảy dịch, nhiều ghèn ở mắt phẫu thuật.

- Mắt bị chói và mờ đột ngột.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ THEO PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NGOÀI BAO

Chỉ định:

- Đục thủy tinh thể độ 4, 5 nhân cứng nâu đen, chín phòng, hoặc tiêu nhân (mổ phaco không an toàn).
- Đục thủy tinh thể lệch hoặc bán lệch (mổ phaco không an toàn).
- Đục thủy tinh thể kèm sẹo đục giác mạc khó quan sát tiền phòng, bao trước thủy tinh thể.

Chuẩn bị trước mổ:

- Xét nghiệm thường quy : Công thức máu, Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC), Creatinin máu, Glucose máu, ECG.
- Khám tổng trạng toàn thân: huyết áp, tim phổi. Khám tiền mê.
- Đo thị lực, soi đáy mắt (nếu được), siêu âm mắt A, B. Xác định công suất kính nội nhãn, đo nhãn áp.
- Giải thích cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ, tai biến phẫu thuật.
- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý và ký cam kết phẫu thuật.

Tiền phẫu:

- Vệ sinh mắt mổ và nhỏ thuốc Col Vigamox 1 giờ trước mổ.
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử mắt mổ 30' trước mổ , lặp lại sau 15'.
- Test thuốc tê và ghi kết quả vào hồ sơ.
- Nhỏ thuốc tê tại chỗ bằng Dicaine và sát trùng da quanh mắt mổ bằng Betadine 10%.
- Gây tê hậu cầu hoặc quanh cầu bằng 3-4 ml Lidocaine 2%.
- Kiểm tra nhãn cầu, nếu còn liếc thì tiêm tê bổ sung trước khi đưa bệnh nhân vào phòng mổ.

Phẫu thuật:

- Cho bệnh nhân nằm thoải mái trên bàn mổ.
- Sát trùng lại nhãn cầu bằng Betadine 10% và 5%.
- Trải săng lố vô trùng.
- Dán miếng dán mi và đặt vành mi.
- Rửa sạch bề mặt nhãn cầu và cùng đồ bằng Lactate Ringer.
- Đặt chỉ cơ trực trên – cố định chỉ.
- Mở vạt kết mạc sát rìa từ 10 giờ - 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu..
- Tạo đường hầm củng mạc cách rìa 1,5 – 2mm , dài 6 -8mm tùy theo độ lớn của nhân.

- Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu hình con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 - 7mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.

- Mở tiền phòng qua đường hầm củng mạc.

- Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.

- Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.

- Rửa hút sạch chất nhân.

- Bơm chất nhầy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao

- Rửa hút nhầy và tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.

- Khâu phục hồi vết mổ 1-3 nốt chỉ Nylon 10.0.

- Bơm kháng sinh dự phòng vào tiền phòng.

- Tiêm Dexamethasone dưới kết mạc.

- Tra pomade kháng sinh hoặc kháng sinh + kháng viêm.

- Lau sạch mắt, tháo vành mi, băng mắt.

Hậu phẫu:

- Cấp thuốc cho BN và hướng dẫn cách sử dụng:

- Thuốc kháng sinh nhỏ tại chỗ nhỏ ngay sau khi mổ, ngày nhỏ 6 lần mỗi lần 1 giọt.

- Thuốc kháng viêm nhỏ mỗi ngày nhỏ 6 lần, 1 lần 1 giọt nhỏ xen kẽ nhau.

Giảm liều dần cách tuần.

- Khám ngày hôm sau, thay băng, rửa mắt, theo dõi tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp.

Theo dõi hậu phẫu:

- Tái khám hậu phẫu 1 tuần: đánh giá thị lực, tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp.

- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng hoặc khi thấy bất thường.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THUYẾT TÍNH BẨM SINH

Triệu chứng

Dấu hiệu chủ quan:

- Trẻ có đồng tử trắng,
- Trẻ bị lác mắt.
- Trẻ hay nheo mắt, chói mắt.
- Với trẻ lớn hơn có thể than mờ mắt, hoặc tình cờ bị một mắt thấy mắt kia mờ, hoặc tình cờ phát hiện khi đi khám sức khỏe, khám đo khúc xạ.
- Trẻ bị chấn thương trước đó.
- Giảm thị lực, nhìn kém, học tập sa sút.
- Trẻ nhỏ có rung giật nhãn cầu, không nhìn theo cha mẹ

Khám thực thể:

- Đo thị lực : Đo thị lực cho trẻ lớn, đối với trẻ nhỏ thì dùng bộ thị lực phù hợp với từng lứa tuổi.
- Khám nhãn cầu , chú ý trẻ có bị tật nhãn cầu nhỏ hoặc giác mạc nhỏ, hoặc các dị tật khác kết hợp không ?
- Khám vận nhãn : Trẻ có thể bị lác hoặc rung giật nhãn cầu.
- Khám bằng đèn soi đáy mắt : Tìm ánh đồng tử. Khi khám cần nhỏ dẫn đồng tử để xác định ánh hồng đồng tử, xác định hình thái đục từ đó có chỉ định đúng đắn thời điểm phẫu thuật.
- Khám với đèn khe sinh hiển vi: xác định hình thái đục, các bệnh lý phối hợp, từ đó có thể xác định nguyên nhân gây đục.

Chỉ định điều trị đục thể thủy tinh (TTT) bẩm sinh:

1. Đục TTT bẩm sinh, bệnh lý:
 - Đục TTT toàn bộ 1 hoặc 2 mắt : Mổ sớm để chống nhược thị cho trẻ, mổ cho trẻ khi được 4-6 tuần tuổi trở lên.
 - Đục TTT 1 mắt : Đục phần , đục cực sau, đục khu trú ở trẻ lớn.
 - Đục 1 mắt : Theo dõi định kỳ – có thể nhỏ dẫn đồng tử. Chỉ định mổ khi thị lực <3/10 hoặc có dấu hiệu lác do nhược thị.
 - Đục 2 mắt : Đục khu trú ít ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập theo dõi định kỳ. Chỉ định mổ khi đục T 3 có ảnh hưởng đến học tập (Thị lực < 3/10).
2. Đục TTT thứ phát sau viêm màng bồ đào, chấn thương:
 - Đục vỡ TTT sau chấn thương: Điều trị viêm màng bồ đào do chất nhân và do chấn thương trước đến khi mắt yên , hết dấu hiệu viêm. Sau đó chỉ định mổ khi :

- Có chất nhân võ trong tiền phòng, hoặc

- Mất hết dấu hiệu viêm

• Đục TTT sau chấn thương đụng dập : Mổ sớm nếu TTT lệch ra tiền phòng gây tổn thương nội mô giác mạc, gây tăng áp. Hoặc mổ khi TTT đục nhiều.

Chuẩn bị trước mổ

• Trẻ dưới 1 tuổi cần được siêu âm tim, khám tiền mê trước. Nếu có bệnh tim bẩm sinh kèm theo thì hội chẩn BS gây mê Viện Tim trước.

• Xét nghiệm máu : Công thức máu, TS, TC.

• Siêu âm B : Để kiểm tra bán phần sau và xác định các bệnh lý phối hợp, qua đó có thể có chỉ định chính xác, tiên lượng kết quả thị lực sau mổ. Siêu âm A để xác định chiều dài trục nhãn cầu, công suất giác mạc.

• Nếu trẻ nhỏ, gây mê, siêu âm và khám tại phòng mổ.

Phương pháp phẫu thuật

• Trẻ đục T3 bẩm sinh 2 mắt < 6 tháng , hoặc đục cả 2 mắt kèm tật Nhãn cầu nhỏ, hoặc giác mạc nhỏ : Mổ cả 2 mắt: Hút TTT (PhacoA)+ cắt pha lê thể trước trung tâm (Lensec + Vitrec)

• Trẻ đục T3 1 mắt (Từ 3 tháng – 5 tuổi), trẻ đục 2 mắt có giác mạc bình thường : Hút T3 + Cắt PLT trước + IOL (Mổ từng mắt)

• Trẻ từ 5 – 6 tuổi : PhacoA + xé bao sau (Hoặc cắt bao sau nếu cần) + IOL

• Trẻ > 6 tuổi : PhacoA + IOL.

Hậu phẫu

• Băng mắt sau mổ, ngày hôm sau thay băng.

• Kháng sinh toàn thân + kháng viêm toàn thân trong trường hợp trẻ nhỏ, mắt có tiền căn viêm, chấn thương, trong phẫu thuật có đụng chạm mống để ngăn ngừa phản ứng viêm. (corticoids + NSAIDS)

• Giảm đau uống nếu cần : Paracetamol 30mg/ kg cân nặng chia 2 đến 3 lần trong ngày đầu.

• Hạ áp : trong 1 số trường hợp chấn thương... có tăng áp sau mổ có thể cho Acetazolamide 5 – 10mg/ kg/ ngày chia 2 – 3 lần.

• Thuốc nhỏ tại chỗ :

- Kháng sinh nhỏ tại chỗ từ 4 – 6 lần/ngày

- Kháng viêm nhỏ tại chỗ từ 4 – 6 lần/ngày

- Giãn đồng tử liệt điều tiết trong 1 số trường hợp : Coll.Atropin 0,5% 1 – 2 lần x 1 giọt / ngày

Điều trị quang học sau mổ

• Trẻ mổ không đặt IOL:

- Đo kính cho trẻ 1 tháng sau mổ.
- Với trẻ nhỏ cần khám + soi Skiascopie tại phòng mổ ,nếu trẻ không hợp tác, vào 1 tháng, 3 tháng sau mổ.
 - Trẻ mổ có đặt IOL : Tái khám kiểm tra khúc xạ và cho trẻ đeo kính nếu cần vào 1 tháng sau mổ và theo dõi độ kính mỗi 6 tháng 1 lần.

Điều trị nhược thị:

- Sau mổ BS hướng dẫn cho trẻ tập nhược thị : Che mắt tốt để nhìn bằng mắt mới mổ trung bình 4 giờ mỗi ngày hoặc 50% thời gian trẻ thức – Có kết hợp đeo kính.
- Tập nhược thị đến 12 tuổi.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG THÙNG NHÃN CẦU NGHI NGHỜ VIÊM MỦ NỘI NHÃN

I. Triệu Chứng:

(A) . Chủ Quan: giảm thị lực, đau nhức, đỏ mắt, sưng nề mắt.

(B) . Khách Quan: Tất cả vết thương thùng nhãn cầu: rách giác mạc, rách củng mạc, dị vật nội nhãn, có triệu chứng lâm sàng sau:

- Thị lực giảm.
- Mắt kích thích: đau, chảy nước mắt.
- Vết rách bản, tiết tổ nhiều.
- Phù kết mạc nhãn cầu, phù giác mạc có vòng nhiễm khuẩn.
- Phản ứng thể mi (+).
- Mủ tiền phòng, tyndall (+), tiết tổ trước thể thủy tinh, dịch kính có ánh vàng.
- Có tổn thương dịch kính: vỡ thể thủy tinh, thoát chất nhân, thoát pha lê thể hoặc nghi ngờ mủ nội nhãn trên siêu âm.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

- Viêm màng bồ đào.
- Đục vỡ thể thủy tinh.

III. Nguyên Nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.
- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kềm...

IV. Cận Lâm Sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM, TS – TC, ELISA.
- Khám nội khoa tim phổi.
- Siêu Âm B,
- X- Quang sọ não hốc mắt.
- CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.

V. Điều Trị:

1. Khi Có Dấu Hiệu Lâm Sàng Nghi Ngờ Viêm Mủ Nội Nhãn:

(1) Hút dịch tiền phòng nếu tổn thương bán phần trước nhãn cầu hoặc hút dịch pha lê thể nếu tổn thương dịch kính: soi tươi, nhuộm Gr, nuôi cấy, kháng sinh (KS) đồ.

(2) Rửa sạch vết thương bằng dung dịch KS và may lại vết thương theo đúng quy trình.

(3) Kháng sinh nội nhãn (KSNN): Bơm KSNN theo phác đồ điều trị lần đầu:

– 0,1 ml chứa 1 mg vancomycin tiền phòng nếu tổn thương bán phần trước, hoặc nội nhãn (bơm qua pars plana) nếu tổn thương dịch kính.

– Hoặc 0,1 ml chứa 0,1 mg gentamycine nội nhãn: trường hợp không có vancomycine.

(4) Chích gentamycine 20mg + 0,5 ml Dexamethasone dưới kết mạc hoặc vancomycine 100mg dưới kết mạc.

(5) Kháng sinh tại chỗ: nhỏ kháng sinh phổ rộng.

2. Xem Xét Tiêm KSNL Lần 2 Sau 48 Giờ Tùy Đáp Ứng Lâm Sàng

(1) Nếu đáp ứng lâm sàng khả quan: Tùy kết quả nhuộm Gram

– Trường hợp Gram (+): Tiêm nội nhãn Vancomycin 1mg/0.1 ml.

– Trường hợp Gram (-): Tiêm nội nhãn Nebcin 0.1mg/0.1 ml.

– Chỉ tiêm Dexamethasone nội nhãn khi đáp ứng lâm sàng có chiều hướng cải thiện (Dexamethasone 0.4mg/0.1ml).

(2) Nếu đáp ứng lâm sàng không đổi hoặc xấu đi +kết quả vi sinh (soi tươi): cắt PLT kết hợp kháng sinh nội nhãn theo kết quả vi sinh.

– Trường hợp nhiễm nấm: bơm dd Amphotericine 0.005 mg / 0.1 ml nội nhãn.

Kết hợp kháng nấm đường uống và tại chỗ (thuốc nhỏ và/hoặc tiêm dưới kết mạc).

– Trường hợp Gram (+): Tiêm nội nhãn Vancomycin 1mg/0.1 ml và dưới kết mạc 25mg/0.5ml kết hợp với corticosteroid tiêm dưới kết mạc.

– Trường hợp Gram (-): Tiêm nội nhãn Ceftazidime 2.25mg/0.1ml và dưới kết mạc 100mg/0.5ml kết hợp với corticosteroid tiêm dưới KM.

– Tiêm kháng sinh dưới kết mạc phải duy trì nhiều ngày tiếp theo sau.

(3) Khi có kết quả kháng sinh đồ: cân nhắc tiêm KSNL lần 3 phù hợp theo kháng sinh đồ và dưới kết mạc nếu tiến triển lâm sàng chưa cải thiện.

3. Đường Vào Lấy Dịch PLT Và Bơm KS Vào Khoảng PLT:

(1) Mở KM, bóc lộ củng mạc.

(2) Chọc kim thẳng vào khoảng PLT không tạo vạt củng mạc:

– Chỉ được áp dụng với kim 30.

– Chọc kim cách rìa 4mm (nếu mắt còn thể thủy tinh, T3) hay 3-3.5mm (nếu không còn T3 hay đặt IOL).

(3) Tạo vạt củng mạc:

– Chỉ định bắt buộc khi dùng kim lớn hơn kim 30 để vào khoảng PLT.

– Tạo vạt củng mạc hình tam giác hay tứ giác, đáy quay về rìa giác mạc, đáy cách rìa 4mm (nếu mắt còn T3) hay 3-3.5mm (nếu không còn T3 hay đặt IOL).

– Chọc kim vào khoảng PLT ở đáy vạt. Khâu vạt củng mạc bằng vicryl 8.0.

(4) Khâu lại kết mạc bằng vicryl 8.0.

4. Kháng Sinh (KS) Toàn Thân.

Có thể dùng KS toàn thân theo đánh giá mức độ đáp ứng trên lâm sàng và KS đồ.

5. Corticosteroid Toàn Thân

– Có thể dùng Corticosteroid toàn thân theo đánh giá mức độ đáp ứng trên lâm sàng.

– Liều thường dùng methylprednisolone (Medrol, Medexa) 0.5 -1 mg/kg/ngày.

– Thời gian dùng 5 – 14 ngày. Nếu ngưng thuốc trong 2 tuần, không cần giảm liều.

VI. Theo Dõi:

– Các triệu chứng chủ quan và khách quan giảm dần.

– Tin phòng sạch; có thể sờ được đáy mắt.

– Tiến triển tốt trên siêu âm B.

VII. Tài Liệu Tham Khảo:

1. Ehlek, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC – LỆCH, VỠ THỂ THỦY TINH DO CHẤN THƯƠNG

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: giảm thị lực, đau nhức, đỏ mắt

(b) . Khách quan:

- Thể thủy tinh đục, vỡ.
- Thể thủy tinh lệch ra sau, vào khoang dịch kính, tiền phòng sâu.
- Thể thủy tinh lệch ra trước gây xẹp tiền phòng, tăng nhãn áp.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Sa lệch thể thủy tinh do đục thể thủy tinh già, hội chứng Marfan

III. Nguyên nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.

IV. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: CTM – TS – TC – Đường huyết – Urê huyết – ELISA.
- Xquang hóc mắt.
- CT Scan nếu lâm sàng và Xquang có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hóc mắt.
- Siêu Âm A, B. Tính công suất kính nội nhãn.

V. Điều trị:

1. Mổ sớm lấy thể thủy tinh lệch, vỡ:

a) . Chỉ định:

- Thủy tinh thể vỡ lệch tiền phòng gây TA.
- Thủy tinh thể phòng gây nghẽn dòng tử
- Thủy tinh thể lệch hoặc bán lệch gây TA điều trị nội khoa không đáp ứng

b) . Phương pháp phẫu thuật

- Lấy thủy tinh thể trong bao không kính (thủy tinh thể lệch tiền phòng, lệch vào pha lê thể >35 tuổi).
- Cắt thủy tinh thể (lensectomy ± IOL): thủy tinh thể vỡ, lệch, bán lệch < 35tuổi. Trường hợp có TA điều trị nội khoa không đáp ứng -> CBCM phối hợp lấy thủy tinh thể (Hội chẩn khoa và Bệnh viện).

2. Mổ phiên: >2 tháng

a). Chỉ định:

- (1) Thủy tinh thể đục bán lệch đứ < 1/4 Zin → Phaco + IOL vòng
- (2) Thủy tinh thể đục bán lệch > 1/4 Zinn, T3 mềm ở người < 35 tuổi

– Cắt thủy tinh thể (lentectomy) + IOL CM hay sulcus (Nếu võng mạc và thần kinh, hoàng điểm tốt, không đặt kính nếu có tổn thương võng mạc, hoàng điểm và thần kinh thị).

– Thủy tinh thể đục bán lệch > 1/4 Zinn, thủy tinh thể nhân cứng > 35 tuổi.

– Lấy thủy tinh thể trong bao + IOL CM hay sulcus (nếu võng mạc và thần kinh, hoàng điểm tốt, không đặt kính nếu có tổn thương võng mạc, hoàng điểm và thần kinh thị)

(3) Thủy tinh thể đục sa vào dịch kính.

– Vitrectomy + phối hợp với lấy thủy tinh thể sa dịch kính, phaco fracmatome nếu nhân thủy tinh thể mềm + IOL CM trong trường hợp TK – VM tốt.

– Chống chỉ định mổ trong trường hợp giác mạc xấu (sẹo, loạn dưỡng...), tổn thương thần kinh, võng mạc (rách võng mạc, hắc mạc, tổn thương hoàng điểm do chấn thương, tổn thương thần kinh thị.)

3. Chuẩn bị trước mổ:

(1) Vệ sinh mắt: dán lông mi, bơm rửa lệ đạo, đo thị lực nhãn áp.

(2) Hoàn tất các xét nghiệm máu, siêu âm, khám nội khoa.

4. Ngày phẫu thuật:

a) . Ở khoa phòng:

– Uống Acetazolamide: 0,25g, 2 v từ 1-2 giờ trước mổ.

– Nhỏ Néosynephrine 10% + Mydriacyl 1% một giọt.

– Nhỏ thuốc quinolon trước mổ một giờ.

– Băng mắt mổ.

b) . Trong phòng mổ:

– Sát trùng mắt bằng Betadin 5%, da mi 10%.

– Sau phẫu thuật bơm vancomycin tiền phòng và chích dexamethasone dưới kết mạc.

– Băng mắt sau mổ.

5. Hậu phẫu:

– Nhỏ kháng sinh, kháng viêm 4-6 lần / ngày.

– Uống kháng sinh trong 3 – 5 ngày.

– Uống kháng viêm Steroid, hoặc chích dưới kết mạc.

– Uống giảm đau trong 1-2 ngày.

– Uống chống phù nề, tan máu, sinh tố.

VI. Theo dõi:

– Giác mạc, tiền phòng, đồng tử.

– Kính nội nhãn đúng vị trí.

– Tình trạng viêm, tăng áp sau mổ.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Ehlers, Justin P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann.

4. Peter s. Hersh, Bruce m. Zigelbaum, Kenneth r. Kenyon Bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỤC – VỠ THỂ THỦY TINH SAU VẾT THƯƠNG XUYÊN

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: giảm thị lực, song thị 1 mắt, đau nhức, đỏ mắt.

(b) . Khách quan:

– Đục vỡ thủy tinh thể sau chấn thương xuyên (đã xử trí cấp cứu ban đầu), có/không phóng thích nhân và tiền phòng; tiền phòng nông...

– Viêm màng bồ đào.

– Tăng áp.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm màng bồ đào, mủ – fibrin tiền phòng.

III. Nguyên nhân:

– Xung đột, tai nạn, thể thao.

IV. Cận lâm sàng:

– Xét nghiệm máu: CTM, TS – TC, ELISA.

– X- Quang sọ não hốc mắt.

– CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.

– Siêu Âm A, B. Tính công suất kính nội nhãn.

V. Điều trị:

1. Chỉ định:

(1) Phẫu thuật thủy tinh thể sớm, < 2 tháng: rửa hút thủy tinh thể vỡ.

(a) . Thủy tinh thể đục toàn bộ vỡ, chất nhân tiền phòng gây phản ứng màng bồ đào hoặc tăng nhãn áp.

(b) . Dị vật bắn xuyên thủng nằm trong thủy tinh thể, đục thủy tinh thể dọa nhiễm trùng.

– ECCE + IOL mềm đường mổ nhỏ nếu bao sau còn nguyên

– ECCE + Lensectomy + IOL cứng, hoặc mềm nếu bao sau rách ít, cắt sạch PLT tiền phòng

– ECCE + Lensectomy không đặt IOL trường hợp đáy mắt bị tổn thương nặng, giác mạc xấu

– Lensectomy (cắt hết thủy tinh thể) + vitrectomy anterior (cắt pha lê thể trước) nếu bao sau thủy tinh thể rách rộng nát, có pha lê thể trào ra tiền phòng.

-> Đặt IOL thì 2, sau khi mắt yên > 6 tháng, nếu thị lực tăng với chỉnh kính

(2) Phẫu thuật thủy tinh thể muộn: > 6 tháng -> Xử lý thủy tinh thể chấn thương như 1 đục thủy tinh thể thường.

- ECCE + IOL: thủy tinh thể đục bao sau nguyên vẹn
- Lentectomy+IOL củng mạc: thủy tinh thể đục bao sau rách rộng.

2. Chuẩn bị trước mổ:

- (1) Vệ sinh mắt: dán lông mi, bơm rửa lệ đạo, đo thị lực nhãn áp.
- (2) Hoàn tất các xét nghiệm máu, siêu âm, khám nội khoa.

3. Ngày phẫu thuật:

a) . Ở khoa phòng:

- Uống Acetazolamide: 0,25g, 2 (v) từ 1-2 giờ trước mổ.
- Nhỏ Néosynephrine 10% + Mydriacyl 1% một giọt.
- Nhỏ thuốc nhóm quinolon thế hệ 3 hoặc 4 trước mổ một giờ.
- Băng mắt mổ.

b) . Trong phòng mổ:

- Sát trùng mắt bằng Betadin 5%, da mi 10%.
- Sau phẫu thuật bơm vancomycin tiền phòng và chích dexamethasone dưới kết mạc.
- Băng mắt sau mổ.

4. Hậu phẫu:

- Nhỏ kháng sinh, kháng viêm 4-6 lần / ngày.
- Uống kháng sinh trong 3 – 5 ngày.
- Uống kháng viêm Steroid, hoặc chích dưới kết mạc.
- Uống giảm đau trong 1-2 ngày.
- Uống chống phù nề, tan máu, sinh tố.

VI. Theo dõi:

- Giác mạc, tiền phòng, đồng tử...
- Kính nội nhãn đúng vị trí.
- Tình trạng viêm, tăng áp sau mổ.

VII. Tài liệu tham khảo:

Ehlek, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann.

Peter s. Hersh, Bruce m. Zagelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỔNG MẮT DO HÓA CHẤT

I. Triệu Chứng

1. Chủ Quan:

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức.
- Nhìn mờ.

2. Khách Quan:

A) . Bông Kiềm Và Acid Nhẹ: có cùng triệu chứng lâm sàng.

- Xung huyết và phù mọng KM khu trú.
- Đốm XHKM quanh rìa củng mạc, hoặc rộng.
- Thiếu máu rìa (-), gián đoạn dòng máu nuôi KM và thượng CM (-).
- Mờ nhẹ biểu mô GM nguyên vẹn, ± tróc biểu mô rải rác.
- Nặng hơn, bề mặt GM mờ, nhuộm fluorescein,
- Nhu mô vẫn trong hoặc chỉ phù nhẹ.
- TP sâu bình thường, thủy dịch trong, ± cell và flare.
- Thủy tinh thể trong.
- Nhãn áp bình thường.

B) . Bông Trung Bình

- Thường kèm tổn thương da quanh mắt.
- Phù mọng kết mạc.
- Mạch máu KM & TCM trắng rải rác, dòng máu chảy qua ở vùng bị tắc mạch.
- BMGM mất hoàn toàn, phù dày trung bình, đục nhu mô.
- Các chi tiết móng mắt và bờ đồng tử vẫn còn nhìn thấy hoặc mờ một phần.
- Thường có phản ứng tiền phòng
- Tăng nhãn áp tạm thời.
- Thể thủy tinh lúc đầu còn trong, có thể đục về sau.

C) . Bông Nặng:

- Có thể bông mi mắt, trán, má và mũi (# bông nhiệt độ 2 và 3).
- Phù mọng toàn bộ, khiếm dưỡng rìa nhiều.
- GM phù dày; đục toàn bộ hoặc trong mờ, không thấy các chi tiết móng mắt, đồng tử, hoặc thể thủy tinh.
- P/ứ TP rõ, VMBĐ. Tuy nhiên, do GM đục, có thể không thấy cell và flare.
- Tăng nhãn áp rõ.
- Sau vài ngày, có thể xuất huyết ít ở vùng trắng thiếu máu TCM và ngoại vi GM trước đó.
- Ngắm kiềm CM có thể gây hoại tử VM

II. Nguyên Nhân Bỏng Mắt Do Hóa Chất:

- Chất tẩy rửa, làm sạch.
- Acid bình động cơ xe, bỏng kèm các mảnh vỡ do nổ. Sulfuric acid 25%, hydrogen và oxygen từ quá trình điện phân tạo thành hỗn hợp gây nổ.
- Kiềm phổ biến: calcium hydroxide (vôi), potassium hydroxide (bồ tát), sodium hydroxide (xút), và ammonium hydroxide (ammoniac).

III. Phân Độ Bỏng Trong Cấp Cứu:

1. Độ I: tiên lượng tốt.

- Giác mạc trong.
- Không thiếu máu vùng rìa.

2. Độ II: Tiên Lượng Khá.

- Giác mạc mờ nhưng vẫn thấy được các chi tiết của mống mắt.
- Thiếu máu vùng rìa dưới 1/3 chu vi (120°).

3. Độ III: Tiên Lượng Dè Dặt.

- Mất toàn bộ biểu mô giác mạc.
- Đục nhu mô, không thấy được các chi tiết của mống mắt.
- Thiếu máu vùng rìa từ 1/3 – V chu vi ($120^\circ - 180^\circ$).

4. Độ IV: Tiên Lượng Rất Xấu.

- Đục giác mạc.
- Thiếu máu vùng rìa trên V chu vi ($* 180^\circ$).

IV. Điều Trị Bỏng Mắt Do Hóa Chất:

1. Xử trí cấp cứu:

- Lấy hết tất cả ngoại vật khỏi mắt. Rửa sạch cùng đồ với thuốc nhỏ mắt Eíticol.
- Đo độ pH bằng giấy quỳ.
- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch Lactate Ringer hoặc nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) ít nhất 500 ml trong khoảng 30 phút.
- Kiểm tra lại độ pH sau 10 phút và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thường (từ 7,0 – 7,5).

2. Điều Trị Nội Khoa:

- (1) Giảm đau: Idarac 0.2g (1v x 2lần/ngày) hoặc Paracetamol 0.5g (1v x 3lần/ngày)
- (2) Chống nhiễm trùng: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh 3 lần / ngày.
- (3) Chống dính mống mắt: Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 1 lần / ngày.
- (4) Chống viêm nhãn giác củng mạc và chống dính mi cầu:
 - Doxycycline 0.1g 1v x 2 lần/ngày (uống).
 - Thuốc mỡ tra mắt (pde) Tetracycline 1% 4 lần/ngày.

(5) Chống tăng áp (nếu có): Acetazolamide 0.250g uống 1v x 3 lần/ngày.

(6) Chống viêm:

– Thuốc nhỏ mắt Steroid: 4-6 lần / ngày (trong 7 ngày đầu).

– Hoặc Thuốc nhỏ mắt Ocuíen hay Indocollyre 3 lần/ngày (sau 7 ngày).

(7) Làm lành sẹo:

– Thuốc nhỏ mắt Vitamine C hoặc Keratyl hay nước mắt nhân tạo (Sanlein, Refresh Plus): 4 lần / ngày.

– Vitamine C 0.5g 1v x 4 lần/ngày (uống).

(8) Tăng cường dinh dưỡng: tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc nếu khiếm dưỡng vùng rìa nhiều hoặc hoại tử kết mạc.

3. Điều Trị Ngoại Khoa:

(1) Cắt lọc mô hoại tử.

(2) Tách dính mi cầu: bằng spatula, que thủy tinh mỗi ngày hoặc đặt khuôn chống dính.

(3) Chọc rửa tiền phòng: khi pH cao, phù giác mạc, xếp nếp màng Descemet, có tiết tố trong tiền phòng, đục thủy tinh thể.

(4) Ghép màng ối: sau 5 ngày, khi pH trở về bình thường và có tróc biểu mô giác mạc rộng khó lành.

(5) Phủ Tenon ± ghép màng ối ± ghép niêm mạc môi.

– Khiếm dưỡng, hoại tử kết mạc quanh rìa, nguy cơ tạo màng giả.

– Tồn thương kết mạc nhãn cầu, cùng đồ và mi mắt; nguy cơ gây dính.

(6) Ghép Kết Mạc Rìa Tự Thân.

V. Theo Dõi

(a) . Bỏng nhẹ thường lành hoàn toàn:

– BMGM tái tạo, phù nhu mô giảm dần. XHKM và màng phù mọng tự hết.

(b) . Bỏng trung bình:

– GM tái tạo BM chậm, nhất là ở các vùng trắng rìa và mạch máu thượng củng mạc. GM vẫn phù mờ.

– VMBĐ kéo dài dù có dùng thuốc.

(c) . Bỏng tiến triển ® bán cấp, hàng tuần đến hàng tháng.

– Tan nhuyễn dần mắt do viêm tiến triển, có hủy protein, tân mạch, và đục GM.

– Glôcôm thứ phát do dính mống trước và làm sẹo vùng bè có thể gây mất thị lực.

– Dính mi cầu bắt đầu ở pha bán cấp.

VI. Tài Liệu Tham Khảo:

1. Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 -Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
3. Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinneman.
4. Robert A. Ralph (2006). Vol 4, Chapter 28, Chemical Injuries of The Eye. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.
5. Steven Rhee, Michael H. (2008). Goldstein Yanoff & Duker: Ophthalmology. Section 8 – Trauma. Chapter 4.26 – Acid and Alkali Burns. 3rd Edition. Mosby, Elsevier.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẤN THƯƠNG

I. TRIỆU CHỨNG:

- ◆ Tiền sử chấn thương vùng gò má, trán, thái dương.
- ◆ Dấu hiệu đặc trưng: Có tổn thương đồng tử hướng tâm của sợi trục tế bào hạch biểu hiện bằng đồng tử dẫn kết hợp sự mất hoặc yếu của biên độ thu đồng tử khi chiếu ánh sáng trực tiếp nhưng phản xạ đồng cảm vẫn bình thường.
- ◆ Thị lực sụt giảm trầm trọng trong khi tình trạng nhãn cầu hoàn toàn bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chấn thương đụng dập nhãn cầu

III. NGUYÊN NHÂN BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẤN THƯƠNG

- ◆ Chèn ép thần kinh thị tại ống thị
- ◆ Ngạnh tắc mạch máu nuôi

IV. CẬN LÂM SÀNG

- ◆ X quang không sửa soạn của lỗ thị.
- ◆ Chụp cắt lớp điện toán hóc mắt và sọ não

V. ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THẦN KINH THỊ CHẤN THƯƠNG

- ◆ Liều tấn công: Methylprednisolone 20mg/kg IV

Tiếp theo bằng 10mg/kg IV 2 giờ sau.

10mg/kg IV 6 giờ sau

Liều duy trì: 10mg/kg IV từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5

- ◆ Kiểm soát thị lực và phản xạ đồng tử trong vòng 48 – 72 giờ.

* Nếu thị lực không cải thiện : ngưng điều trị.

* Nếu thị lực cải thiện: Tiếp tục điều trị trong 5 ngày rồi thì giảm liều nhanh dần.

* Nếu thị lực cải thiện rồi tiến triển xấu trở lại: Xem xét mổ giải áp bởi chuyên khoa TMH bằng đường nội soi.

Điều kiện áp dụng chế độ điều trị:

- ◆ BN bị thương trong vòng 1 tuần.
- ◆ X quang phổi bình thường.
- ◆ Khám nội : không có gì đáng lưu ý.

VI. THEO DÕI:Diễn biến hồi phục thị lực, thị trường

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÃN GIÁP

I. TRIỆU CHỨNG BỆNH NHÃN GIÁP

Triệu chứng và mức độ trầm trọng (theo NOSPECS)

1. Độ không (N)
2. Độ 1 (O) : chỉ có dấu chứng ở mí
3. Độ 2 (S) : Phù mí và kết mạc
4. Độ 3 (P) : Lồi mắt
5. độ 4 (E) : Rối loạn vận nhãn
6. độ 5 (C) : Sẹo giác mạc
7. độ 6 (S) : Mất thị lực do chèn ép

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ◆ U giả viêm hốc mắt
- ◆ Thâm nhiễm lymphoma cơ trực

III. NGUYÊN NHÂN Bệnh tự miễn

IV. CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÃN GIÁP

- ◆ CT scan cho thấy phì đại phần bụng cơ trực.
- ◆ Siêu âm cho thấy các phản âm cao ở lát cắt ngang bụng cơ.
- ◆ Có hoặc không kết hợp với rối loạn kích thích tổ tuyến giáp.

V. ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÃN GIÁP

- ◆ Độ 1 : Thuốc nhỏ ISMELIN 5% (giảm co trợn mí) và nước mắt nhân tạo.
- ◆ Độ 2 và độ 3
 - Corticoide liều cao toàn thân Solumedrol 125mg TM trong 5-7 ngày, sau đó giảm liều dần bằng thuốc uống.
 - Tiêm tại chỗ Kenacort cạnh cầu 1ml
 - Phẫu thuật hạ mí
- ◆ Độ 4 : Chỉnh lé bằng phẫu thuật chỉ điều chỉnh được.
- ◆ Độ 5 : Khâu cò tạm.
- ◆ Độ 6 : Phẫu thuật giải áp.

Chỉ định:

Lồi mắt gây hở mi nặng Loét giác mạc do hở mi

Giảm thị lực do chèn ép thần kinh thì không đáp ứng sau 24 giờ điều trị corticoide liều cao

- Lấy xương thành trong và dưới khi có chèn ép thần kinh thị
- Lấy xương thành dưới và ngoài khi có lồi mắt nặng

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT GIẢI ÁP BỆNH NHÃN GIÁP

- Gây tê tại chỗ hậu cầu, kết mạc cùng đồ dưới và lỗ dưới hốc
- Cắt kết mạc khỏi bờ dưới sụn mí dưới, bộc lộ vách ngăn hốc mắt tới sát bờ dưới xương hốc mắt.
- Dùng dao điện rạch ngay bờ xương để bộc lộ màng xương hốc mắt .
- Dùng thanh đẩy (rougine) tách màng xương khỏi sàn hốc mắt
- Dùng khoan tròn làm thủng sàn hốc mắt phía ngoài khe dưới hốc cách bờ hốc mắt 3-4mm.
- Qua lỗ xương thủng đó tiêm tê niêm mạc xoang hàm.
- Tiếp tục dùng khoan mở rộng sàn hốc về phía đỉnh và 2 bên phía ngoài rãnh dưới hốc
- Dùng khoan làm thủng sàn hốc mắt phía trong rãnh hốc mắt và tiếp tục mở rộng lỗ thủng về phía xương giầy bằng đục nhỏ

Chăm sóc sau mổ

- Chườm lạnh lên mắt mổ để giảm phù và tụ máu sau mổ
- Thay băng thường qui và tháo băng luôn ngày hôm sau
- Kháng sinh phổ rộng (Fortum 1g TM) và Solumetrol 250mg TM trong 3 ngày

Đánh giá kết quả: sau 1 tháng

- Tốt: Thị lực phục hồi sau mổ và mắt giảm lồi > 80% so với trước mổ
- Khá : TL cải thiện > 2 hàng và mắt giảm lồi < 80 % so với trước mổ
- Không đạt: TL không cải thiện và mắt giảm lồi không đáng kể.

Biến chứng: xuất huyết hốc mắt, song thị tê dị cảm quanh mắt, lệch nhãn cầu , Lệch mí, viêm soang sàng, hàm, Mù do xuất huyết thần kinh thị hoặc do thiếu máu TKT

VI. THEO DÕI: độ lồi mắt và rối loạn nội tiết.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THẦN KINH THỊ

I. TRIỆU CHỨNG:

Tùy theo AAION (Thiếu máu thần kinh thị do viêm mạch) liên quan bệnh tự miễn NAION (Thiếu máu thần kinh thị không do viêm mạch) liên quan bệnh toàn thân như cao HA, đái tháo đường, tăng mỡ trong máu, lupus, thấp khớp...

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

	AAION	NAION
Tuổi	Trung bình 70 tuổi	Trung bình 60 tuổi
Thị lực	Giảm đột ngột < 1/10	> 1/10
Triệu chứng kèm theo	Nhức đầu, cứng hàm, ĐM thái dương sờ cứng hay không đập.	
Gai thị	Mắt bệnh: Phù nhạt màu. Mắt lành: Tồn tại lõm gai sinh lý	Mắt bệnh: Phù nhạt màu Mắt lành: Không có lõm gai sinh lý
VS Mạch ký huỳnh quang	M= 70mm/h Chậm ở thì hắc mạc và gai thị	M= 20 – 40 mm/h Chậm ở thì gai thị

III. NGUYÊN NHÂN

- ◆ Gai thị hẹp không có lõm gai sinh lý với NAION
- ◆ Bệnh tự miễn với AAION

IV. Cận Lâm Sàng Xét Nghiệm Thường Quy

- ◆ XN máu: NGFL, VS, CRP, cholesterol, triglyceride, HDL, LDL
- ◆ Điện thế gợn
- ◆ Đo thị trường nếu thị lực > 1/10
- ◆ Mạch ký huỳnh quang
- ◆ Khám nội tim mạch
- ◆ Sinh thiết ĐM thái dương khi nghi ngờ thể AAION

V. ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU ĐẦU THẦN KINH THỊ

Thể NAION

- ◆ Nootropyl 6-12g/ngày truyền tĩnh mạch với 50ml glucoza 5% trong 5 ngày
- ◆ Thuốc giãn mạch: một trong các loại:
- ◆ Duxil : 1v x 2 /ngày

◆ Tanakan : 1v x 3 /ngày

◆ Stugeron 25mg: 1v x 2 /ngày

◆ Vit B1B6B12 : 1v x 2 /ngày

Thẻ AAION Methylprenisolone

◆ 1g/ ngày truyền TM với 50ml glucoza 5% x 5 ngày, theo sau 60 – 100 mg uống / ngày

◆ Giảm nhanh còn ít hơn 20mg/ ngày qua 1-2 tháng đầu

◆ Mục tiêu là duy trì < 10mg/ ngày nhưng nhiều hơn 1 năm

◆ Tỷ lệ phục hồi sau điều trị 15-34%

VI. THEO DÕI

Giảm thị lực mắt còn lại

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT

I. PHÂN ĐỘ THEO MỨC ĐỘ TRẦM TRỌNG

Mức độ	1	2	3
Sự khó chịu, mức độ trầm trọng & tần	Nhẹ – xảy ra từng lúc dưới tác động của môi trường	Trung bình – từng lúc hoặc mạn tính, căng thẳng +/-	Nặng – thường xuyên hoặc không giảm, không liên quan stress
Thị lực	Có những đợt mờ mắt nhẹ	Khó chịu có thể tự khỏi	Khó chịu, mạn tính và/hoặc không tự khỏi
Cương tụ K.M	Không có đến nhẹ	Không có đến nhẹ	+/-
Nhuộm K.M	Không có đến nhẹ	Có thể có	Có mức độ trung bình
Nhuộm G.M (Độ nặng vị trí)	Không có đến nhẹ	Có thể có	Tổn thương ở trung tâm
G.M/Dấu hiệu phim nước mắt	Không có đến nhẹ	Debris nhẹ, giảm phim nước mắt	Viêm giác mạc sợi, nút nhờn, debris
Mi mắt/ Tuyến Meibo	Có thể có	Có thể có	Thường xuyên
TFBUT (giây)	Thay đổi	< 10	< 5
Schirmer test (mm/5p)	Thay đổi	< 10	< 5

II. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV
<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục, môi trường, chế độ ăn - Giới hạn thuốc dùng toàn thân - Nước mắt nhân tạo (nước, gel, mỡ) - Điều trị bệnh lý mi mắt 	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc kháng viêm (Predfort, Lotemax, Restasis) Tetracycline (Meibomianitis Rosacea) - Nút chặn điểm lệ - Thuốc giúp tăng tiết nước mắt - Kích tạo ả 	<ul style="list-style-type: none"> - Huyết thanh - Kính áp tròng - Đóng điểm lệ vĩnh viễn 	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc kháng viêm toàn thân - Phẫu thuật (mi, khâu cò mi, cắt kết mạc, ghép màng ối)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT

I. ĐỊNH NGHĨA:

Mộng thịt là sự tăng sinh của kết mạc nhãn cầu góc trong hay góc ngoài của mắt hướng vào trung tâm giác mạc.

II. DỊCH TỄ HỌC:

Mộng thịt thường gặp :

- Khí hậu nóng ẩm
- Nhiều ánh sáng mặt trời
- Nhiều gió, bụi, đông dân cư
- Nam nhiều hơn nữ, tập trung ở độ tuổi lao động
- Yếu tố gia đình.

III. SINH BỆNH HỌC:

- Sự thoái hóa collagen
- Tăng sinh mô xơ → rối loạn tế bào mầm ở vùng rìa → rào cản giữa kết mạc và giác mạc bị phá vỡ → kết mạc sẽ bò qua và xâm lấn vào giác mạc.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

* Triệu chứng cơ năng :

- Đỏ mắt
- Kích thích
- Cảm giác nóng rát
- Chảy nước mắt
- Cảm giác có dị vật trong mắt
- Mờ mắt

* Triệu chứng thực thể :

- Viêm
- Khô mắt
- Giảm thị lực
- Loạn thị không đều

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Mộng giả
- Mộng mỡ
- Các u ở vùng rìa

VI. PHÂN LOẠI:

1. Dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc:

- Độ 1 : rìa giác mạc
- Độ 2 : giữa rìa và nhỏ hơn $\frac{1}{4}$ bán kính giác mạc
- Độ 3 : từ $\frac{1}{2}$ bán kính giác mạc đến bờ đồng tử
- Độ 4 : quá bờ đồng tử

2. Dựa vào hình thái:

- Mộng teo : thấy rõ mạch máu ở lớp thượng củng mạc
- Mộng trung gian : thấy một phần mạch máu ở thượng củng mạc
- Mộng thân dày : không thấy mạch máu ở thượng củng mạc

3. Dựa vào mức độ tái phát:

- Mộng nguyên phát : chưa phẫu thuật lần nào.
- Mộng thứ phát : đã phẫu thuật

VII. YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT:

- Tuổi : càng trẻ tái phát càng cao
- Triệu chứng của mộng : đỏ, đau mộng dày, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đầu mộng.
- Công việc

VIII. PHÒNG BỆNH:

- Hạn chế tiếp xúc với môi trường có nhiều gió bụi, ánh sáng mặt trời ® đeo kính râm.

IX. ĐIỀU TRỊ:

1. Mộng độ 1, 2:

Điều trị nội khoa khi bị kích thích : nước mắt nhân tạo, kháng viêm, đeo kính mắt...

2. Mộng độ 3, 4:

1. a) Mộng teo hay ít tái phát : cắt mộng đơn thuần + phủ kết mạc.
2. b) Mộng có nguy cơ tái phát : có thể dùng một trong các phương pháp sau tùy phẫu thuật viên.
 - Ghép kết mạc tự thân
 - Ghép màng ối

3. Thuốc Sau Mổ Mộng:

1. Cephalexine 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

4. Col.Tobradex x 1 lọ

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

5. Pde.Oflovid 3,5g x 1tube

Tra MP, MT ngày 2 lần, trưa – tối

X. THEO DÕI:

- Hẹn tái khám sau 2 tuần để cắt chỉ.

Đề nghị: Bệnh nhân mổ mộng có một phiếu xác nhận mổ có ghi rõ chẩn đoán, thời gian, phẫu thuật viên và phương pháp điều trị.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MỨC NỘI NHÃN

I. CHỈ ĐỊNH

- VLGM hoại tử toàn bộ
- VLGM biến chứng thủng rộng phôi tổ chức nội nhãn
- Đau nhức thường xuyên ở mắt có loạn dưỡng GM thứ phát (sau VLGM , tăng áp, VMBĐ...) với thị lực ST(-)
- Thâm mỹ (mắt giả) / mắt sẹo giác mạc toàn bộ thị lực ST (-)

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ

- + Vệ sinh mắt

2. Các bước phẫu thuật

- + Cắt kết mạc quanh rìa
- + Lấy trọn giác mạc và 1 phần củng mạc cách rìa 3mm + Lấy sạch tổ chức nội nhãn + Đốt đầu thần kinh thị
- + Rửa lại bên trong củng mạc bằng Povidine 5 %
- + Khâu củng mạc và kết mạc bằng Viracyl 6.0 + Nhét mèche băng ép

III. THEO DÕI HẬU PHẪU

- Từ 5 – 7 ngày
- Thuốc : kháng sinh , kháng viêm giảm đau, chống phù nề, nâng tổng trạng

IV. THEO DÕI BIẾN CHỨNG

- Chảy máu không cầm
- Phù kết mạc nặng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ RÁCH KẾT MẠC – RÁCH DA MI KHÔNG PHỨC TẠP DO CHẤN THƯƠNG.

I. XÉT NGHIỆM TIỀN PHẪU:

XN Máu : CTM, TS,TC.

II. PHẪU THUẬT :

❖ KHÂU KẾT MẠC :

- Khâu kết mạc vicryl 8/0.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

Hậu phẫu : Kháng sinh, kháng viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bản, có thể cho thêm kháng sinh toàn thân 5 ngày Kháng viêm 5 ngày (Nofux)

Giảm đau 1 -2 ngày.

❖ KHÂU DA MI :

- Khâu da mi : Nylol 7/0
- Tra mỡ kháng sinh
- Băng mắt

Hậu phẫu : Kháng sinh, kháng viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bản, có thể cho thêm kháng sinh toàn thân 5 ngày Kháng viêm 5 ngày (Nofux)

Giảm đau 1-2 ngày.

III. HẬU PHẪU:

Có thể xuất viện, hẹn hôm sau tái khám và 1tuần sau tái khám. Kháng sinh nhỏ tại chỗ 4 – 6 lần / ngày.

Nếu vết rách bản có thể cho thêm kháng sinh kháng viêm uống 5 ngày.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE TÚI LỆ

I. Triệu Chứng

A) . Chủ Quan:

- Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mù.
- Đau, đỏ, sưng phần mềm vùng khóe trong dưới mắt.

B) . Khách Quan:

- Vùng góc trong sưng tấy, đỏ, ấn rất đau.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

- Các u vùng khóe trong mắt.
- Viêm túi lệ mãn.

III. Nguyên Nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay mạn tính. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Staphylococcus.

IV. Cận Lâm Sàng:

- Máu: CTM, Ts – TC, Glycemie.
- Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều Trị:

1. Phẫu thuật:

- Gây tê vùng lệ quản túi lệ = Xylocain 2%.
- Rạch rộng vùng áp-xe (abcès) dẫn lưu mù.
- Rửa bằng Povidine 5%.
- Đặt Penrose dẫn lưu.

2. Thuốc Hậu Phẫu:

- Kháng sinh
 - * Nhỏ tại chỗ x 7 ngày.
 - * Uống x 5 ngày.
- Kháng viêm: Uống x 5 ngày.
- Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. Theo Dõi:

- * Thay penrose dẫn lưu mỗi ngày nếu cần đặt trên 24h. Rút dẫn lưu khi vết rạch sạch, không còn mù hay dịch tiết.
- * Để hở vết thương, rửa vết thương 2 lần ngày đến khi khô sạch.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ QUẶM

1. Định Nghĩa:

Quặm là tình trạng cuộn vào trong của 1 phần hay toàn bộ bờ mi gây biến chứng giác mạc do sự cọ xát của lông mi.

2. Các Hình Thái Lâm Sàng:

- Quặm tuổi già
- Quặm do sẹo
- Quặm cơ học
- Quặm cơ thắt
- Quặm bẩm sinh

3. Mức độ:

Tùy theo mức độ tổn thương sụn, bờ mi, lông siêu, lông quặm người ta chia làm bốn mức độ:

- Độ 1: Chưa có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 2: Có tổn thương bề dày của sụn.
- Độ 3: Có tổn thương bề dày của sụn + lông siêu, lông quặm
- Độ 4: Độ 3 + tổn thương giác mạc ...

4. Điều Trị Quặm:

A. Quặm Do Tuổi Già:

1. Phẫu thuật Quickert:

- Khâu lại chỗ bám cơ nâng mi.
- Tạm thời hữu ích nhưng tỉ lệ tái phát cao.

2. Rút ngắn mi theo chiều ngang:

- Giúp ổn định mi mắt lỏng lẻo.
- Có thể kết hợp tạo hình góc ngoài.

3. Phẫu thuật Wies:

Xoay bờ mi qua đường rạch ngang toàn độ dày mi, đưa cơ nâng mi ra phía trước.

4. Cắt 1 phần cơ vòng cung mi trước vách hốc mắt.

B. Quặm Do Sẹo:

1. Phương pháp Cunéod-Nataf:

- Rạch bờ tự do.
- Cắt da mi thừa, cắt bớt cơ vòng mi.
- Gọt sụn hình lòng máng.
- Khâu chỉ kéo sụn.

– Khâu da tạo nếp mí.

2. Phương pháp ghép niêm mạc:

3. Phẫu thuật cắt sụn:

– Có tác dụng trong quặm bờ mi nhẹ.

– Bờ mi không còn vuông cạnh và hơi lộn vào.

– Rạch 1 đường ngang sụn, dưới bờ mi và cách bờ mi 2mm.

4. Phẫu thuật Wies:

– Có tác dụng trong quặm mức độ vừa

– Xoay bờ mi bằng đường rạch ngang sụn

5. Cắt toàn bộ độ dày mí:

– Cắt theo hình chêm 5 cạnh rồi khâu lại

– Dùng trong lông xiêu chỉ giới hạn ở 1 phần mí.

C. Thuốc Sau Mổ Quặm:

2. Cephalexine 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

3. Paracetamol 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên

Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

5. Col.Tobrex 0,3% ^ 1 lọ (Hoặc Vigamox)

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

6. Pde.Oflovid 3,5g ^ 1tube

Tra MP, MT ngày 2 lần, trưa – tối

5. Theo dõi:

– Hẹn tái khám sau 1 tuần để cắt chỉ.

– Nhỏ thuốc tiếp để điều trị nguyên nhân.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH KẾT MẠC

I. Triệu chứng

(a) . Chủ quan: cộm xốn, đỏ mắt sau một chấn thương.

(b) . Khách quan:

– Rách kết mạc trên sinh hiển vi.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Tổn thương củng mạc bên dưới, nhất là khi có xuất huyết hay phù mọng kết mạc che lấp tổn thương củng mạc.

III. Nguyên nhân:

– Xung đột, tai nạn, thể thao.

– Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kềm...

IV. Cận lâm sàng:

– Xét nghiệm máu: TS – TC.

– X- Quang hốc mắt nếu nghi ngờ dị vật

V. Điều trị

1. Phẫu thuật:

– Nhỏ tê tại chỗ.

– Khâu kết mạc bằng vicryl 8.0.

– Tra thuốc mỡ kháng sinh.

– Băng mắt.

2. Điều trị hậu phẫu:

(1) Kháng sinh: nhỏ tại chỗ + Uống x 5 ngày.

(2) Kháng viêm: Uống x 5 ngày.

(3) Giảm đau: Uống x 5 ngày.

VI. Theo dõi:

– Kết mạc khâu kín, sạch.

– Cắt chỉ sau 1 tuần nếu chỉ gây cộm xốn. Chỉ vicryl thường tự tiêu sau 2 tuần.

VII. Tài liệu tham khảo:

Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinemann.

Peter s. Hersh, Bruce m. Zigelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỤP MI

I. Triệu Chứng;

1. Chủ Quan:

- Mi mắt sụp xuống làm mắt không mở to được.
- Nặng mi mắt khi cố gắng nhìn.
- Mất tầm mỹ.

2. Khách Quan:

- Độ cao khe mi bị hẹp.
- Đánh giá mức độ sụp mi bằng khoảng cách từ bờ mi đến tâm đồng tử.
- Nếp da mi trên nông hoặc không có.
- Đo biên độ của mi khi nhìn lên và nhìn xuống để đánh giá chức năng cơ nâng mi.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

- Sụp mi giả khi mắt bị lé dưới, lõm mắt, nhãn cầu nhỏ, không có nhãn cầu hoặc teo nhãn.
- Bất thường rãnh trên hốc mắt.
- Co rút mi trên ở một mắt, mắt kia có vẻ sụp mi.
- Giả sụp mi trong co thắt nửa mặt hoặc liệt thần kinh mặt với tái tạo Sai lạc thần kinh.

III. Nguyên Nhân Sụp Mi:

1. **Sụp mi bẩm sinh:** Tiền căn sụp mi từ lúc mới sinh.
2. **Sụp mi do tuột chỗ bám cân cơ:** Hậu quả của tuổi già, sau phẫu thuật gây mắt kích thích, u giả viêm thoái triển.
3. **Sụp mi do liệt thần kinh III:** Thường kết hợp liệt vận nhãn.
4. **Sụp mi dẫn truyền:** Độ sụp mi không ổn định trong ngày, sáng ít chiều nặng hơn. Nghiệm pháp nước đá (+).
5. **Sụp mi sau chấn thương.**
6. **Sụp mi cơ học:** do khối u mi hay sẹo kết mạc.

IV. Cận Lâm Sàng:

- Công thức máu.
- TS-TC.
- Glycemie (nếu cần).

V. Điều Trị Sụp Mi:

Cần đánh giá hiện tượng Bell và film nước mắt, cảm giác giác mạc để giảm nguy cơ viêm loét giác mạc sau mổ.

1. Sụp mí bẩm sinh:

- Lực cơ còn tốt (>8mm) hay trung bình (4-7mm): Cắt ngắn cơ nâng mí.
- Lực cơ yếu (<4mm): Treo mí hay cắt cơ nâng mí nhiều.

2. Sụp mí do tuột chỗ bám cân cơ:

- Tạo chỗ bám mới cho đầu cân cơ nâng mí vào sụn mí.
- Có thể cắt ngắn cơ nếu cần.

3. Sụp mí do liệt thần kinh III:

- Phẫu thuật treo mí khi sụp mí tồn tại trên 6 tháng gây hạn chế thị lực.

4. Sụp mí dẫn truyền:

- Phẫu thuật treo mí khi thuốc không còn hiệu quả và độ sụp nặng gây trở ngại sự nhìn.

5. Sụp mí sau chấn thương:

- Phẫu thuật dựa trên chức năng cơ nâng mí.

VI. Thuốc Sau Mổ Sụp Mí:

1. Cephalaxine 500mg 10 viên Ngày uống 2 lần, lần 1 viên
2. Paracetamol 500mg 10 viên Ngày uống 2 lần, lần 1 viên
3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên Ngày uống 2 lần, lần 2 viên
4. Col.Tobrex 0,3% (Hoặc Vigamox) 1 lọ Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt
5. Pde.Oflovid 3,5g 1tube Tra MP, MT ngày 2 lần, trưa – tối

VII. Theo Dõi:

- Tái khám sau 1 tuần để cắt chỉ.
- Tra Pomade che phủ giác mạc tránh viêm loét giác mạc.
- Đánh giá về mặt thẩm mỹ: nếp mí cn đôi, thẳng chỉnh, thiếu chỉnh hoặc đường cong mí bất thường hay sa kết mạc, lật mí...
- Theo di tái phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Triệu Chứng:

– Triệu chứng chủ quan: giảm thị lực đột ngột 1 mắt (ST +, đếm ngón tay), không đau. Hoặc mất thị trường, còn thị lực trung tâm trong trường hợp có ĐM MI – VM.

– Triệu chứng khách quan: phù trắng VM, HĐ anh đào, ĐM co nhỏ. trường hợp còn ĐM mi – VM thì vùng VM giữa gai thị và HĐ còn hồng hào trên nền VM xung quanh phù trắng. Có thể thấy dòng máu chảy chậm, đứt quãng trong ĐM, đôi khi có thể thấy thuyên tắc trong lòng mạch.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

– Hội chứng Vogt Koyanagi Harada lúc mới khởi phát, tắc cả động và tĩnh mạch cùng lúc, các trường hợp viêm tắc mạch.

III. Nguyên Nhân Tắc Động Mạch Trung Tâm Võng Mạc:

– Có rất nhiều nguyên nhân và rất khó xác định nguyên nhân. Một số nguyên nhân chính như sau: thuyên tắc, huyết khối, xuất huyết dưới màng xơ mạch, viêm mạch, co thắt mạch, hoại tử tiểu ĐM do cao huyết áp.

IV. Cận Lâm Sàng:

– Chụp mạch huỳnh quang: hiếm khi tắc hoàn toàn. Hệ tiểu ĐM của VM được tưới máu rất chậm, thì chuyển tiếp động tĩnh mạch xuất hiện muộn (Bình thường < 11 giây)

V. Điều Trị Tắc Động Mạch Trung Tâm Võng Mạc:

Cấp cứu trong vòng 24 giờ đầu

– Hạ nhãn áp:

+ Mát-xa nhãn cầu 15 phút

+ Dùng thuốc hạ nhãn áp Acetazolamide, hoặc thuốc hạ nhãn áp khác.

+ Nếu có điều kiện thì chọc hút dịch tiền phòng 0.1 – 0.4ml.

– Thở oxy cao áp, hoặc oxy 100%, hoặc hỗn hợp 95% oxy + 5% Co₂.

– Có thể dùng thuốc dẫn mạch hỗ trợ: Papaverine đường toàn thân hoặc tiêm hậu cầu, Nitroglycerine ngậm dưới lưỡi hoặc miếng dán ngoài da.

– Sau đó cho bệnh nhân khám nội tổng quát, nội tim mạch, đặc biệt tìm cao huyết áp, xơ cứng mạch máu.

VI. Theo Dõi Tắc Động Mạch Trung Tâm Võng Mạc

– Trong một số trường hợp có thể xuất hiện tân mạch mỏng gây Glôcôm tân mạch vì vậy cần theo dõi diễn biến để điều trị kịp thời.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM CHẤT ỨC CHẾ VEGF VÀO DỊCH KÍNH

Chỉ Định

- 1) Tân mạch hắc mạc
 1. a) Thoái hóa hoàng điểm tuổi già
 2. b) Cận thị
 3. c) Sau chấn thương
 4. d) Sau viêm hắc mạc
 5. e) Nguyên nhân khác
- 2) Phù Hoàng Điểm
 1. a) Tắc tĩnh mạch võng mạc
 2. b) Phù hoàng điểm đái tháo đường
- 3) Tân Mạch Võng Mạc (Bao Gồm Glaucoma Tân Mạch)
 1. a) Võng mạc đái tháo đường tăng sinh
 2. b) Tắc tĩnh mạch võng mạc
 3. c) Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non

Chống Chỉ Định

- 1) Đang viêm kết mạc hay loét giác mạc
- 2) Nhiễm trùng mí mắt (chấp, lẹo ...) hay tổ chức hóc mắt

Lưu Ý

– Tăng nhãn áp hay glaucoma không phải là chống chỉ định. Có thể chọc tiền phòng để hạ nhãn áp bất khi thực hiện tiêm Avastin vào dịch kính

Thực Hiện

- Chuẩn bị: có thể dùng quinolone thế hệ thứ 3 hoặc 4 nhỏ tại chỗ 4-6 lần/ngày trong 1 ngày trước khi tiêm
- Địa điểm thực hiện: Phòng mổ
- Vô cảm:
 - + Người lớn: chỉ cần nhỏ thuốc tê tại chỗ
 - + Trẻ em: gây mê
- Các bước: vô cảm, sát trùng bằng povidine, trải khăn vô trùng, đặt vành mi, rửa mắt bằng povidine 5%, đo khoảng cách 3,5-4mm từ rìa, tiêm Avastin, dùng que gòn ấn nhẹ lên chỗ tiêm để tránh trào ngược, lấy vành mi, tra thuốc mỡ hoặc nhỏ thuốc có chứa kháng sinh, băng mắt
- Dặn dò BN: tháo băng ra khi về đến nhà và không cần băng mắt sau đó, nhỏ thuốc

kháng sinh quinolone 4-6 lần/ngày trong 5 ngày, không cho nước vào mắt trong 3-5 ngày, tái khám ngay lập tức nếu có các dấu hiệu sau: đỏ mắt, nhức mắt, mắt mờ nhiều hơn trước.

Biến Chứng Và Xử Trí

- Xuất huyết dưới kết mạc: không cần xử trí, chỉ cần giải thích cho bệnh nhân an tâm
- Viêm mủ nội nhãn (theo 1 báo cáo, có thể tần suất #1/5000): tiêm kháng sinh nội nhãn và/hoặc cắt dịch kính tùy theo đánh giá lâm sàng
- Xuất huyết dịch kính: theo dõi lâm sàng và siêu âm nếu không khám được đáy mắt
- Viêm màng bồ đào: điều trị kháng viêm steroid

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊM TRIAMCINOLONE ACETONIDE VÀO DỊCH KÍNH

I. CHỈ ĐỊNH:

- Viêm màng bồ đào mãn tính không do nhiễm trùng có phù hoàng điểm
- Phù hoàng điểm do đái tháo đường
- Phù hoàng điểm do tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc
- Phù hoàng điểm do tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc
- Phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật thể thủy tinh
- Tân mạch hắc mạc

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Viêm kết mạc
- L loét giác mạc
- Nhiễm trùng mi mắt (chấp, lẹo...)
- Viêm tổ chức hốc mắt
- Nhãn áp cao

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN:

1. Chuẩn Bị:

- Bệnh nhân được nhỏ kháng sinh fluoroquinolone thế hệ thứ 4 (Vigamox) 6 lần/ngày trong 1 – 2 ngày trước khi tiêm.
- Làm hồ sơ bệnh án ngoại trú theo mẫu của Bệnh viện Mắt (khám lâm sàng đầy đủ, đo thị lực, nhãn áp, có xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết OCT và/hoặc FFA).
- Được Bác sỹ Trưởng khoa hoặc bác sỹ Phó Trưởng khoa ký duyệt đồng ý cho thực hiện tiêm nội nhãn.
- Ký giấy cam kết đồng ý tiêm nội nhãn (mẫu có sẵn tại khoa Đáy mắt).

2. Địa Điểm:

Bệnh nhân được tiêm tại phòng mổ khoa Đáy mắt

3. Thực Hiện:

Quá trình tiêm được thực hiện dưới sinh hiển vi phẫu thuật:

- Sát trùng mi mắt, lông mi bằng dung dịch Povidone iodine 10%
 - Sát trùng kết mạc cùng đồ bằng dung dịch Povidone iodine 5%
 - Trải khăn lỗ vô trùng
 - Đặt vành mi vô trùng
 - Rửa sạch dung dịch Povidone iodine bằng nước vô khuẩn có pha Gentamicine
 - Chọc tiền phòng bằng kim 30G
- Dùng tăm bông vô khuẩn kéo nhẹ kết mạc vị trí tiêm (phần tư thái dương dưới, cách rìa giác – củng mạc khoảng 3.5 – 4mm) để vết tiêm qua kết mạc không trùng vết tiêm qua củng mạc.

- Tiêm Triamcinolone 4mg/0,1 ml vào nội nhãn
- Dùng tăm bông vô khuẩn đè nhẹ lên vết tiêm khoảng 1 phút
- Kiểm tra nhãn áp bằng tay
- Soi kiểm tra đáy mắt bằng đèn soi hình đảo có tại phòng mổ
- Tra thuốc mỡ kháng sinh, băng mắt

4. DẶN DÒ BỆNH NHÂN:

- Tháo băng sau khi tiêm 3 – 6 tiếng
- Giữ vệ sinh sạch sẽ vùng đầu – mặt – mắt
- Tiếp tục nhỏ thuốc kháng sinh 3 ngày
- Tái khám ngay lập tức khi có 1 hay nhiều triệu chứng bất thường như đỏ mắt, nhức mắt, mờ nhiều hơn...
- Tái khám sau 1 tuần tại phòng khám: đo thị lực, nhãn áp, soi đáy mắt...

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

- Xuất huyết kết mạc: theo dõi
- Tăng nhãn áp: điều trị hạ nhãn áp
- Xuất huyết nội nhãn: theo dõi và điều trị nội khoa, can thiệp phẫu thuật cắt dịch kính nếu có chỉ định.
- Hội chứng giả mủ tiền phòng (pseudohypopyon)
- Đục thể thủy tinh: dùng thuốc nhỏ tại chỗ, phẫu thuật thay thể thủy tinh đặt kính nội nhãn khi có chỉ định.
- Bong võng mạc: hiếm xảy ra, phẫu thuật cắt dịch kính khi có chỉ định.
- Viêm mủ nội nhãn: hiếm xảy ra, cho bệnh nhân nhập viện, điều trị theo phác đồ.

• Tài Liệu Tham Khảo:

Abdhisit R. Bhavsar, MD; Michael S. Ip, MD; and Adam R. Glassman, M.S. DRCRnet and SCORE Study Groups. The Risk of Endophthalmitis Following Intravitreal Triamcinolone Injection in the DRCRnet and SCORE Clinical Trials. Am J Ophthalmol. 2007 September; 144 (3): 454 – 456.

Abdullah Ozkiri, MD; Kuddusi Erkilic, MD. Complications of intravitreal injection of Triamcinolone acetonide. Can J Ophthalmol – vol.40, No.1, 2005

Alireza Ramezani, MD; Morteza Entezari, MD; et all. Intravitreal Triamcinolone for Acute BRVO: a Randomized Clinical Trial. J Ophthalmic Vis Res 2011; 6 (2): 101 -108.

Bernd Kirchhof, David Wong. Therapeutic approaches to Macular oedema. Vitreo-retinal surgery volume 1, chapter 2, page 22- 24.

Diabetic Retinopathy Qinal Research Network. A Randomized Trial Comparing Intravitreal Triamcinolone Acetonide and Laser Photocoagulation for Diabetic Macular Edema. Version 4.0, Feb 24, 2005.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U GIẢ VIÊM HỐC MẮT

I. TRIỆU CHỨNG

- ❖ UGV trước: Viêm liên quan đến hốc mắt trước và nhãn cầu
- ❖ UGV tỏa lan: giống hình thái trên kèm thêm viêm củng mạc
- ❖ UGV đỉnh: có xu hướng dẫn đến bệnh lý thị thần kinh, trên CT cho thấp phản ứng viêm khu trú tại đỉnh hốc. Thể này khi xưa gọi là hội chứng Tolosa-Hunt
- ❖ UGV cơ: Phì đại cả bụng cơ và gân cơ, đau khi vận nhãn
- ❖ UGV tuyến lệ

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ❖ Sarcome hoặc Carcinome di căn
- ❖ Lymphoma hốc mắt
- ❖ Bệnh hốc mắt liên quan tuyến giáp
- ❖ U sản nhái hốc mắt
- ❖ Viêm tổ chức hốc mắt trước vách ngăn

Điều kiện chẩn đoán:

- ❖ Thăm khám lâm sàng không đủ chẩn đoán UGV
- ❖ Chẩn đoán chỉ có giá trị khi có 2 xét nghiệm hình ảnh: siêu âm và CT scan(hoặc MRI)

III. NGUYÊN NHÂN:

Không rõ

IV. CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm và CT scan(hoặc MRI)

V. ĐIỀU TRỊ

Có 3 phương pháp chính

1. Corticoide liều cao

- ❖ Solumedrol 125mg tiêm TM chậm 8 giờ sáng trong vòng 5-7 ngày
- ❖ Sau đó chuyển sang uống Prednisolone 1mg/kg cân nặng. Cứ mỗi 7-10 ngày giảm 10% liều trước đó cho tới khi còn 1 viên/ ngày. Liều tối thiểu này có thể kéo dài trong 3-6 tháng

2. Xạ trị: đặt ra khi

- ❖ Viêm tái phát sau khi giảm liều corticoide
- ❖ Đáp ứng với liệu pháp corticoide không hoàn toàn

❖ Chống chỉ định hay BN từ chối dùng Corticoide

3.Thuốc ức chế miễn dịch :

Chỉ định khi không đáp ứng tốt với corticoosteroides hoặc chống chỉ định sử dụng thuốc này

Thứ tự sử dụng các thuốc UCMD như sau

AZATHIOPRINE

• Chỉ định:

Sử dụng cho BN đã phát triển phản ứng phụ với Prednisone tới mức độ không thể chấp nhận mà không thể giảm liều được hay đáp ứng với prednisolone không thỏa mãn.

• Liều sử dụng:

Bắt đầu 50mg/ ngày và mỗi 3 ngày tăng thêm 50mg/ ngày để đạt tới tổng liều 150-200mg/ ngày Theo dõi:

Số lượng bạch cầu và chức năng gan mỗi tuần 1 lần cho tháng đầu tiên, rồi thì mỗi tháng một lần trong 6 tháng.

Khoảng 20 % bệnh nhân có phản ứng phụ nhưng hầu hết có thể xử lý mà không cần gián đoạn thuốc.

❖ Nếu rối loạn chức năng gan xảy ra, giảm liều và theo dõi chức năng gan mỗi tuần cho đến khi bình thường. Nếu rối loạn chức năng gan vẫn còn, giảm liều thêm nữa hay ngưng thuốc. Ở đa số BN liều thuốc có thể được tăng lại 25-50mg/ngày sau nhiều tuần mà không tái phát loạn chức năng gan.

❖ Nếu bạch cầu giảm dưới 4×10^3 , giảm liều 50mg/ ngày mỗi tuần cho đến khi số đếm trở lại ổn định. Nếu số đếm bạch cầu dưới 3×10^3 azathioprine phải ngưng dùng cho đến khi số đếm tăng trở lại 4×10^3 liều thấp hơn liều trước khi số đếm giảm rồi tăng chậm dần lên. Nếu liều 150mg/ ngày không thể dung nạp dù áp dụng những biện pháp này → xem xét phương pháp điều trị thay thế.

❖ Một vài bệnh nhân có phản ứng dị ứng toàn thân với thuốc này: mẩn đỏ và sốt ngưng dùng thuốc.

CY CLOSPORINE

Chỉ định:

BN tự miễn không thể dung nạp azathioprine hay không đáp ứng thỏa đáng với thuốc này.

Liều sử dụng:

3-5 mg/kg/ngày uống chia làm 2 liều cách 12 giờ

Theo dõi:

- ❖ Phần lớn BN phục hồi, khởi đầu của sự phục hồi trong vòng 1-2 tháng và tối đa trong 3-4 tháng
- ❖ Hiệu ứng chính của thuốc là độc thận, có thể giảm liều bằng cách theo dõi chặt chẽ lượng creatinine trong máu và cho thuốc phân liều.
- ❖ Mức độ của cyclosporine và creatinine trong máu được sử dụng để điều chỉnh liều thuốc về sau.
- ❖ Máu được lấy để thử phải lấy trước khi BN uống liều cyclosporine buổi sáng.
- ❖ Nồng độ trị liệu của thuốc này là 100-150 micro gr/l và hạ liều khi cần để giữ mức creatinine trong máu thấp hơn 150% của giá trị trước khi điều trị

CYCLOPHOSPHAMIDE**Liều sử dụng:**

- ❖ 3-5 mg/kg uống thỉnh thoảng có thể cho liều khởi đầu bằng đường TM với 200mg trong 5 ngày.
- ❖ Liều < 100mg/ ngày ít hiệu ứng phụ nhưng mất thời gian lâu hơn trước khi có sự phục hồi.

Theo dõi:

- ❖ Hầu hết BN rụng tóc
- ❖ Giảm thiểu lượng bạch cầu, nôn ói, kém ăn, và đổi màu da móng ít gặp hơn.
- ❖ Có nguy cơ nhiễm trùng.
- ❖ Nguy cơ lâu dài: sinh u ác tính và tiềm năng sinh quái thai.

VI. THEO DÕI:

Chặt chẽ phản ứng phụ của thuốc sử dụng

• TÀI LIỆU THAM KHẢO

Flanders AE, Mafee MF, Rao VM, Choi KH. CT characteristics of orbital pseudotumors and other orbital inflammatory processes. J Comput Assist Tomogr 1989;13:40-47.

Smith JL, Taxdal DS. Painful ophthalmoplegia. The Tolosa-Hunt syndrome. Am J Ophthalmol 1966;61:1466-1472.

Gerber DA, Bonham CA, Thomson AW. Immunosuppressive agents: recent developments in molecular action and clinical application. Transplant Proc 1998;30:1573-1579.

Lane L, Tamesis R, Rodriguez A, et al. Systemic immunosuppressive therapy and the occurrence of malignancy in patients with ocular inflammatory disease. Ophthalmology 1995;102:1530 -1535.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U MI, U KẾT MẠC

I. Triệu chứng:

1. Chủ quan:

- Cộm, xốn, vướng do u chà vào mắt.
- U lớn nhanh gây mất tầm mỹ.
- Đôi khi chảy máu hoặc dịch tiết.

2. Khách quan:

- Kích thước u.
- Tính chất: bờ, màu sắc, độ dính, bề mặt trơn láng hay lồi sùi lở loét, dễ gây chảy máu, dẫn mao mạch.
- Mật độ u: chắc, mềm, cứng, xô chai...
- Mất một vùng lông mi hay bờ mi bị xoa.

II. Chẩn đoán phân biệt:

- Nốt viêm hoặc mảng viêm.
- Dị ứng.
- Phì đại tuyến.

III. Nguyên nhân:

- Bẩm sinh.
- Kích thích cơ học hoặc hóa chất.
- Loạn sản hoặc viêm mãn tính.

IV. Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- TS-Tc.
- Glycemie (nếu cần).

V. Điều trị:

1. Những tổn thương lành tính:

- U nhú TB vẩy
- Mụn cơm thường
- Mụn cơm Nữ-vi
- Nốt ruồi
- Dày sừng bã nhờn
- Tăng sản giả Epithelioma
- Tăng sản tuyến bã nhờn
- Nang vùi biểu bì
- Ban vàng (Xanthelasma)
- U tuyến mồ hôi
- Dày sừng quang hóa
- Sừng da, sừng ga

- U bã da mi
- U bã cục lệ
- U kết mạc : papilloma, u bì, bì mỡ, sắc tố, u hạt sinh mù, u sợi thần kinh

2. Những tổn thương ác tính:

- Carcinoma TB đáy.
- Carcinoma TB gai.
- Carcinoma tuyến ba nhờn.
- Sarcome Kaposi.
- U hắc tố của da.
- U hắc tố nốt ruồi son ác tính.
- U di căn.
- U lympho kết mạc.

3. Cắt u:

- U lành: cắt trọn u gửi Giải phẫu bệnh.
- U nghi ác tính: cắt u + 1-2mm mô lân cận gửi Giải phẫu bệnh.

4. Khâu da hoặc khâu kết mạc:

5. Ghép kết mạc:

- Nếu u to mất nhiều kết mạc.

6. Cắt sụn + tạo hình bờ mi:

- Cắt <1/3 bờ mi: Nối bờ mi trực tiếp.
- Cắt >1/3 và <2/3: Nối bờ mi + tạo hình góc ngoài
- Cắt >2/3: Phải ghép sụn.

7. Thuốc sau mổ u mi:

1. Cephalexine 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 10 viên

Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên

Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

4. Col.Tobrex 0,3% (hoặc vigamox) 1 lọ

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

– **Lưu ý:** Trường hợp Kyst, nốt ruồi, u nhỏ... không cần cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh uống.

VI. Theo dõi:

- U đã cắt hết và tạo hình đúng giải phẫu học.
- Đánh giá về thẩm mỹ.
- Kết quả giải phẫu bệnh.
- Tái phát hoặc di căn

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VỔNG MẠC TIỂU ĐƯỜNG

Tổn thương VM	Đánh giá	Láser Theo dõi			
FA Hình màu	Tái chỗ	Quang đông Thám			
Không TS nhẹ					
• Không phù HĐ	Không	Thỉnh thoảng	Không	Không	12
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp Không	Không	4-6	
• Phù HĐ rõ	Chụp Chụp Cô	Không	2 – 4		
Không TS T-B					
• Không phù HĐ					
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp Không	Không	6-8	
• Phù HĐ rõ	Chụp Chụp Cô	Không	2-4		
Không TS nặng					
• Không phù HĐ	Không	Chụp Không	Hiếm 3-4		
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp Cô thể	Có thể sau khi đt phù HĐ2-3		
• Phù HĐ rõ	Chụp Chụp Cô	Có thể sau khi đt phù HĐ2-3			
TS nhẹ và T-B					
• Không phù HĐ	Không	Chụp Không	Thỉnh thoảng	2-3	
• Phù HĐ	Thỉnh thoảng	Chụp Thỉnh thoảng	Có thể sau khi đt phù HĐ	2-3	
• Phù HĐ rõ	Chụp Chụp Laser	Có thể sau khi đt phù HĐ2-3			
TS cỡ nguy cơ cao					
• Không phù HĐ	Không	Chụp Không		Laser 2-3	
• Phù HĐ	Chụp	Laser Laser	1-2		
• Phù HĐ rõ	Chụp	Laser Laser	1-2		

Phác Đồ Điều Trị Vỡng Mạc Tiêu Đường

Tổn thương võng mạc	Đánh giá		Laser		Theo dõi
	FA	Hình màu	Tại chỗ	Quang đông	Tháng
Không tăng sinh nhẹ					
• Không phù HÐ	Không	Thỉnh thoảng	Không	Không	12
• Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	4-6
• Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2-4
Không tăng sinh trung bình					
• Không phù HÐ					
• Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Không	Không	6-8
• Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	Có	Không	2-4
Không TS nặng					
• Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Hiếm	3-4
• Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Có thể	Có thể sau khi đt phù HÐ	2-3
• Phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	có	Có thể sau khi đt phù HÐ	2-3
TS nhẹ và T-B					
• Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Thỉnh thoảng	2-3
• Phù HÐ	Thỉnh thoảng	Chụp	Thỉnh thoảng	Có thể sau khi đt phù HÐ	2-3
• phù HÐ rõ	Chụp	Chụp	laser	Có thể sau khi đt phù HÐ	2-3
TS cơ nguy cơ cao					
• Không phù HÐ	Không	Chụp	Không	Laser	2-3
• phù HÐ	Chụp	Chụp	Laser	laser	1-2
• phù HÐ rõ	Chụp		Laser	Laser	1-2

(Ngoài ra iêm thuốc anti vegf vào nội nhãn cũng được áp dụng đối với phù hoàng điểm và bệnh vỡng mạc đái tháo đườn tăng sinh tùy theo mức độ của bệnh)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU

I. Triệu Chứng:

A. Chủ Quan: Thị lực giảm, mắt nhức.

B. Khách Quan:

- Vết thương rách giác mạc và/hoặc củng mạc.
- Có hoặc không kẹt mống, phôi tổ chức nội nhãn.
- Tiền phòng xẹp hoặc có máu.
- Nhãn áp sờ tay mềm.
- Kiểm tra thị lực.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

Chấn thương đục đập nhãn cầu

III. Nguyên Nhân:

- Xung đột, tai nạn, thể thao.
- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kềm...

IV. Cận Lâm Sàng:

Xét nghiệm máu: TS – TC, ELISA.

X- Quang sọ não hốc mắt.

CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ dị vật.

Siêu âm B kiểm tra bán phần sau (chỉ được thực hiện sau mổ khâu vết thương).

V. ĐIỀU TRỊ

1. Sơ Cứu:

Rửa mắt nhẹ nhàng.

Nhỏ mắt:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh (vigamox, Tobrex.) x 6 lần / ngày.
- Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% x 1 lần/ngày. Nếu vết thương giác mạc chu biên kẹt mống không nhỏ Atropin.

2. Điều Trị Nội Khoa

Kháng sinh phổ rộng:

- Nhóm Quinolone. 1v x 2 lần / ngày (u).
- Có thể phối hợp với Brulamycin 0,08g (TB) hoặc Cefotaxim (Claforan) hay Ceftriaxone (Beeceptron) (TB hay TM).

Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan.....

Chống phù nề, chống viêm:

- Steroid, Noflux hoặc – chymotrypsin
- Có thể sử dụng corticosteroid tiêm tĩnh mạch nếu thấy cần thiết.

Chú ý: tiêm SAT nếu chấn thương do kim loại dơ.

3. Phẫu Thuật:

Khâu lại vết thương (cấp cứu) trong 24 giờ đầu.

a. Đối với vết rách giác mạc đơn thuần:

Khâu bằng chỉ nylon 10.0; chiều dày các nốt khâu phải đảm bảo chiều dày giác mạc, không để dính móng vào mặt sau giác mạc hay kẹt vào mép mỡ. Chỉ khâu giác mạc phải được vùi trong nhu mô.

* Trước 12 giờ kể từ khi bị chấn thương:

- Rửa sạch vết rách.
- Tách dính móng phôi kẹt, rửa sạch, thấm khô và đẩy móng vào tiền phòng.
- Khâu giác mạc và tái tạo tiền phòng.

* Sau 12 giờ kể từ khi bị chấn thương: cắt bỏ móng mắt phôi kẹt, mủn, rửa sạch; các bước tiến hành như trên.

B. Đối Với Vết Rách Củng Mạc:

- Khâu bằng chỉ Vicryl 6.0, 7.0 – 8.0 hay nylon 8.0.
- Mũi khâu phải chắc, độ sâu từ 3/4 đến 4/5 chiều dày củng mạc, không được để kẹt thể mi, hắc mạc.
- Nếu vết thương đã sau 12 h kể từ khi chấn thương thì nên cắt bỏ toàn bộ phần móng mắt kẹt phôi hoặc mủn nát và rửa sạch vết thương.
- Tiêm kháng sinh và kháng viêm tại chỗ hoặc kháng sinh tiền phòng.

VI. Theo Dõi:

- vết khâu giác mạc, củng mạc phải kín, phục hồi tối đa cấu trúc giải phẫu ban đầu.
- Tiền phòng tái tạo, sạch.

VII. Tài Liệu Tham Khảo:

Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 -Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

Ferenc Kuhn. (2008). Ocular Traumatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinneman.

Marian S. Macsai. (2007). Ophthalmic Microsurgical Suturing Techniques. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Peter s. Hersh, Bruce m. Zigelbaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES SIMLEX

1. LÂM SÀNG

– Thường đỏ 1 mắt, chảy nước mắt , sợ sáng , giảm thị lực. đôi khi kèm ban đỏ, bọng nước ngoài da mi.

– Thường hay tái phát.

Khám :

– Hạch trước tai.

– Kết mạc cương tụ.

Viêm giác mạc : chấm nông, vòm giác mạc hình vành khuyên. Loét giác mạc nông, rộng hình bán nguyệt, bờ hơi nhô. Loét giác mạc sâu, tổn thương nhu mô- loét hình đĩa,, cũ thể cũ vòm mống mắt...

2. CẬN LÂM SÀNG

– Soi tươi

– Cây, kháng sinh đồ để phòng có bội nhiễm.

3. ĐIỀU TRỊ

- Các thuốc dùng tại mắt:

Viêm giác mạc nông:

– Pde Zovirax , Virupos 3% : tra 5 lần / ngày x 2 tuần

– Bóc nhẹ biểu mô nhiễm bệnh bằng tăm bông dưới sinh hiển vi.

Viêm giác mạc sâu:

– Pde Zovirax, Virupos 3% : tra 5 lần / ngày x 2 tuần

– Coll Atropin 0,5% dẫn đồng tử.

– Khi không có bệnh lý biểu mô giác mạc

- Các thuốc dùng toàn thân:

– Phòng ngừa tái phát: (trường hợp nặng có viêm mống mắt thể mi) Acyclovir 200mg x 5 lần /ngày.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

I. TRIỆU CHỨNG VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

1. **Chủ Quan:** Chảy nước mắt, giảm thị lực, chói. Tiền sử đã bị nhiều lần.

2. **Khách Quan:**

- Tôn thương da mi: mụn nước
- Viêm kết mạc
- Bệnh lý ở biểu mô giác mạc
 - Viêm giác mạc chấm
 - Viêm giác mạc hình cành cây
 - Viêm loét giác mạc hình bản đồ
- Loét do loạn dưỡng thần kinh: ổ loét vô trùng, bờ nhẵn trên vùng nhu mô bị tổn thương dai dẳng.
- Bệnh ở nhu mô giác mạc
 - Viêm giác mạc hình đĩa
 - Viêm giác mạc nhu mô hoại tử
- Viêm màng bồ đào, viêm nội mô

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Viêm giác mạc do Herpes Zoster
2. Tróc giác mạc tái phát

III. NGUYÊN NHÂN: HSV1

IV. CẬN LÂM SÀNG – PCR

V. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

1. **Tổn Thương Da Mi:**

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày
- Acyclovir 0.8g 2 viên x ngày
- Chườm ấm 3 lần/ngày
- Các thuốc điều trị 7-14 ngày cho đến khi triệu chứng giảm.
- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

2. **Bệnh Lý Biểu Mô Giác Mạc:**

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày
- Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày
- Cạo biểu mô
- Có thể uống Acyclovir 0.8g 2 viên x ngày
- Nếu loét dạng bản đồ thêm kháng sinh phổ rộng phòng ngừa.
- Nếu loét rìa thêm corticoid tại chỗ sau khi đã khởi đầu điều trị với kháng virus tại chỗ vài ngày.
- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

3. **Loét Do Loạn Dưỡng Thần Kinh:** điều trị chủ yếu là dinh dưỡng và ngừa bội nhiễm

- Ngưng thuốc kháng virus tại chỗ
- Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng
- Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

4. Bệnh Nhu Mô Giác Mạc:

- Viêm giác mạc hình đĩa:
 - Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày
 - Col. Predfort 1% x 4 lần/ngày
 - Acyclovir 0.8g 2viênx 2 lần/ngày
 - Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)
- Viêm giác mạc nhu mô hoại tử
 - Acyclovir 0.8g 2viênx 2 lần/ngày và pde tại chỗ điều trị trước vài ngày
 - Điều trị giống viêm giác mạc hình đĩa với corticoid và theo dõi sát tình trạng loét.
 - Trường hợp biến chứng thủng có thể dán keo hoặc ghép màng ối
 - Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

5. Bệnh Nội Mô Giác Mạc, Viêm Màng Bò Đào

– Acyclovir 0.8g 2 viên x 2 lần/ngày trong vài ngày sau đó có thể điều trị giống viêm nhu mô giác mạc.

– Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

6. Viêm Giác Mạc Do HSV Tái Phát: có từ 2 lần bị viêm giác mạc trở lên

– Acyclovir 0.8g 2 viên x 2 lần/ngày

– Trường hợp bị Viêm giác mạc bệnh lý biểu mô tái phát trên 2 lần/ năm có thể dùng Acyclovir 0.8g 2 viên x 2 lần/ngày trong thời gian dài.

– Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)

VI. THEO DÕI VIÊM GIÁC MẠC DO HSV

– Đánh giá bệnh nhân từ 2-7 ngày dựa vào kích thước tổn thương biểu mô, ổ loét, chiều dày giác mạc, phản ứng tiền phòng và nhãn áp.

– Thuốc kháng virus sử dụng 5 lần ngày trong 7-14 ngày, sau đó giảm 4 lần ngày trong 4 ngày. Không dùng quá 21 ngày ngay khi cả viêm loét chưa lành.

– Trong tổn thương nhu mô giác mạc, steroid tại chỗ cần giảm liều từ từ, và từ nồng độ cao- thấp.

+ Col. Predfort 1%, Col. Lotepredrol 0.5% và Col. FML 0.1%

+ Thuốc kháng virus tại chỗ và toàn thân được sử dụng cho đến khi steroid sử dụng 1 lần/ 1 ngày. Thời gian có thể kéo dài từ 6-8 tuần.

– Có thể dùng kháng virus toàn thân lâu dài Acyclovir 0.8g 2 viên x 2 lần/ngày nếu tiền sử bị tái phát nhiều lần. Khi đó phải theo dõi chức năng gan thận.

– Trường hợp tăng áp điều trị kết hợp Col.Timolol 0.5% 2 lần ngày và Acetazolamide 0.25g

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM

I. LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương , đặc biệt là do tác nhân là thực vật như bị lá lúa, cành cây quẹt vào mắt. Có bệnh mãn tính, dùng thuốc không rõ loại.
- Trên giác mạc có đốm , mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nhám nhỏ, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên. Có thể có tổn thương vệ tinh.
- Phản ứng tiền phòng, ngăn mũ – mũ tiền phòng

II. CẬN LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

Lấy chất tiết, cạo ổ loét:

- Soi tươi tìm nấm.
- Cây, kháng sinh đồ để phòng bội nhiễm

III. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO NẤM:

· Thuốc dùng tại mắt :

- Thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%:
- Natamycin 5% nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều 6 lần / ngày và duy trì đến khi lành

Nếu không đáp ứng lâm sàng có thể kết hợp thêm:

- + Nấm sợi : Funconazole 0,3% (Coll. Zocon 0,3%)
- + Nấm men : AmphotericineB (Coll. Fungizone 0,15%)

· Thuốc dùng toàn thân : Dùng trong VGM sâu, nặng, Viêm củng mạc, Viêm nội nhãn.

- Ketoconazole 200mg (Ketoconazole, Nizoral)
- Intraconazole 100mg (Sporal)
- Điều trị trong 21 ngày.

· Điều trị phụ trợ:

- Coll. Atropin 0,5% x 2 lần/ngày.
- Gọt bề mặt vết loét.
- Chấm Betadin 5%.
- Vitamine nâng tổng trạng.

Chú Ý :

- Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa.
- Làm XN chức năng gan sau 2 tuần dùng thuốc kháng nấm uống.
- Đổi thuốc kháng nấm nếu thấy không hiệu quả sau 2 tuần điều trị.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG

1. LÂM SÀNG :

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương, bụi
- Trên giác mạc có đốm, mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhở, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên.

2. CẬN LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

Lấy chất tiết, cạo vết loét:

- Soi tươi tìm nấm.
- Cây, kháng sinh đồ .

3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

• Nhỏ Kháng Sinh Tại Chỗ:

Tùy sang thương cho kháng sinh : Tobramycin, Quinolone, Gentamycin ... nhỏ từ 6 lần đến mỗi giờ trong ngày đầu tùy vết loét nặng hay nhẹ.

Sau khi có kết quả kháng sinh đồ thì điều chỉnh theo kháng sinh đồ.

- Kháng sinh toàn thân:
- Nâng đỡ tổng trạng: Vitamin A, C, B.

I. LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt, chảy nước mắt.
- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.
- Có tiền sử chấn thương , đặc biệt là do tác nhân là thực vật như bị lá lúa, cành cây quệt vào mắt. Có bệnh mãn tính, dùng thuốc không rõ loại.
- Trên giác mạc có đốm, mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhở, thâm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên. Có thể có tổn thương vệ tinh.
- Phản ứng tiền phòng, ngăn mủ – mủ tiền phòng

II. CẬN LÂM SÀNG:

Lấy chất tiết, cạo ổ loét:

- Soi tươi tìm nấm.
- Cây, kháng sinh đồ để phòng bội nhiễm

III. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:

- Thuốc dùng tại mắt :

- Thuốc điều trị đầu tay là Vigamox 5%:
- Kháng sinh uống Cefuroxime 500 mg x 2 viên / ngày duy trì đến khi lành Nếu không đáp ứng lâm sàng có thể kết hợp thêm kháng sinh khác:

_ Alphachymotripsin 21 Mg x 4 viên / ngày

_ Paracetamol 500 mg x 2 viên / ngày

+ Điều trị phụ trợ:

- Coll. Atropin 0,5% x 2 lần/ngày.
- Gọt bề mặt vết loét.
- Chấm Betadin 5%.
- Vitamine nâng tổng trạng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. Thuốc Dùng Tại Mắt:

Thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%

* Natamycin 5% (Col. Natamycin, Natadrop, Euronicin 5%) nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và duy trì đến khi lành.

* Nếu không đáp ứng lâm sàng thì kết hợp thêm:

- Nấm sợi : Fluconazole (Col. Zocon 0.3%)
- Nấm men: Amphotericine B (Col. Fungizone 0.15%)

II. Thuốc Toàn Thân: dùng trong VGM sâu, nặng: viêm củng mạc; viêm nội nhãn

* Ketoconazole 200mg: (Ketoconazole, Nizoral)

- Liều 200mg x 2 lần / ngày
- Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần (có thể kéo dài đến 2 tháng)

* Itraconazole 100mg : (Sporal)

- Liều 200mg x 1 lần / ngày
- Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần (có thể kéo dài tùy bệnh trạng)
- Tiêm Amphotericine B 5g/0,1ml nhu mô

III. Điều Trị Phụ Trợ:

* Col.Atropin 1% x 2 lần / ngày

* Cạo biểu mô giác mạc 24 – 48 giờ/ lần

* Gọt bề mặt vết loét

* Chấm Betadin 5%/ ngày

* Thuốc bảo vệ gan mật (Bar)

* Vitamin nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp nếu có tăng áp

* Chú ý: , , ,

* Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa

* Làm xét nghiệm chức năng gan sau 3 tuần dùng kháng nấm uống

* Đổi thuốc kháng nấm nếu không thấy hiệu quả sau 2 tuần điều trị

* Tiêm DKM chỉ dùng trong loét nặng, viêm củng mạc, viêm nội nhãn

* Tác dụng hiệp đồng: Col Fungizone 0.15% + Rifamycine tiêm DKM

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI NHÃN

Viêm mủ nội nhãn là phản ứng viêm nhiễm của khoang dịch kính và tiền phòng cũng như các cấu trúc lân cận như hắc võng mạc đối với vi trùng, nấm, xâm nhập vào nhãn cầu, thường xảy ra sau phẫu thuật lấy T3, các phẫu thuật vào nội nhãn, các chấn thương xuyên nhãn cầu.

I. Triệu chứng:

1. Chủ quan:

– Giảm thị lực : có thể xảy ra sớm từ 1 → 8 ngày sau phẫu thuật vào nội nhãn hay sau một chấn thương xuyên vào nhãn cầu. Giảm thị lực có thể xảy ra muộn hơn từ sau 1 tuần đến một vài tháng.

– Đau nhức.

2. Khách quan:

– Kết mạc: cương tụ sâu có thể gây phù nề kết mạc.

– Tổn thương giác mạc và lắng đọng sắc tố sau giác mạc

– Mủ tiền phòng.

– Viêm dịch kính hoặc mủ dịch kính.

– Mất hoặc giảm ánh đồng tử, không soi được đáy mắt hoặc không soi rõ.

– Có thể tăng nhãn áp đi kèm.

II. Chẩn đoán phân biệt:

– Viêm màng bồ đào: dựa vào tiền sử phẫu thuật hay chấn thương mắt, khởi phát bệnh + cận lâm sàng.

– Viêm loét giác mạc hoặc Absces giác mạc có mủ tiền phòng: kết hợp chẩn đoán Lâm sàng với cận lâm sàng. Siêu âm B đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

III. Phân loại viêm mủ nội nhãn và tác nhân gây bệnh:

1. Phân loại:

– Viêm mủ nội nhãn nội sinh: xảy ra sau bệnh lý máu, bệnh lý tim mạch kèm các yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch...

– Viêm mủ nội nhãn ngoại sinh:

+ Sau phẫu thuật lấy T3, CBCM...

+ Sau chấn thương xuyên nhãn cầu có thể có di vật nội nhãn.

– Viêm mủ nội nhãn cấp tính: 1 – 14 ngày.

– Viêm mủ nội nhãn mãn tính: \geq 2 tuần.

– Nếu do nấm thì có thể từ 1 – 4 tuần

2. Tác nhân gây bệnh:

– Vi khuẩn Gram (+): Staphylococcus, nhóm Bacillus.

– Vi khuẩn Gram (-): Pseudomonas – Aeruginosa, Proteus và Haemophilus - Influenzae.

– Nấm: thường gặp nhóm Candida.

– Bên cạnh đó cũng có thể gặp Aspergillus.

Hiếm: Histoplasma.

IV. Cận lâm sàng:

– SÂ B: bắt buộc không thể thiếu trong chẩn đoán cũng như theo dõi diễn tiến của bệnh viêm mắt nội nhãn:

+ Pha lê đục dạng khối, có thể lan tỏa di động kém, hắc mạc phản âm dày.

+ Có thể tổn thương thành nhãn cầu đi kèm

+ Dấu hiệu T.Sign: tăng tích tụ dịch ở khoang dưới bao Tenon: là dấu hiệu khởi phát của tình trạng viêm toàn nhãn (Panophthalmitis)

– Soi tươi.

– Cây.

– Kháng sinh đồ.

V. Điều trị:

– Khi được chẩn đoán viêm mắt nội nhãn, việc xử lý cấp cứu được tiến hành ngay sau khi được chẩn đoán, không cho phép có thời gian trì hoãn.

– Trường hợp theo dõi Viêm mắt nội nhãn hoặc chưa có điều kiện phẫu thuật cắt pha lê thể ngay, bước đầu tiên bắt buộc phải lấy dịch hoặc mù tiền phòng để Xét nghiệm – kết hợp kháng sinh tiên phòng.

– Phẫu thuật cắt pha lê thể: qua đường Parsplana được thực hiện khi có chỉ định và khi có điều kiện càng sớm càng tốt.

– Mục đích:

+ Lấy dịch pha lê thể soi tươi tìm nấm, cấy kháng sinh đồ để định danh vi khuẩn. + Tiến hành kháng sinh nội nhãn hay kháng nấm nội nhãn.

1. Trường hợp nấm (-) tính: có thể lựa chọn kháng sinh tiêm nội nhãn.

+ Vancomycin: 0,1 ml # 1mg + Ceftazidime: 0,1ml # 2,5mg

– Chỉ định dùng kháng viêm Corticoide tiêm nội nhãn là cần thiết.

+ Prednisolone: 0,1 ml # 25mg.

– Xử dụng ống chích tiêm nội nhãn 1ml với kim 25 – gauche.

– Tùy theo diễn tiến lâm sàng, trường hợp nặng có chỉ định tiêm nội nhãn lần thứ 2 được thực hiện vào ngày thứ 3 tính từ thời điểm sau phẫu thuật.

2. Trường hợp nấm (+) tính: dùng thuốc kháng nấm tiêm nội nhãn

+ Amphotenicine B: thuốc được xác định có độc tính với võng mạc.

– Liều tiêm: 0,1ml # 5 – 10pg, (pha trong dung dịch glucoze 5%)

– Được tiến hành tiêm vào trung tâm của khoang pha lê thể cách xa võng mạc, mặt vát kim nội nhãn hướng lên trên, tiêm thật chậm.

3. Thuốc nhỏ:

+ Kháng sinh phổ rộng thể hệ mới:

- Col. Vigamox 0,5% hoặc
- Col Zymar 0,3% hoặc
- Col. Ofovid 0,3%

Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ.

+ Kháng nấm:

- Col. Amphotericine B: 2,5mg/ml hoặc
- Col. Natamycin 5% hoặc
- Col. Miconazole 10mg/ml hoặc
- 5 – Fluorocytosine 1% hoặc
- Col. Ifuaconozole 1%

-> Tùy theo tình trạng bệnh có thể nhỏ mỗi giờ nếu có tổn thương giác mạc.

4. Đường toàn thân:

– Kháng sinh:

+ Ciprofloxacin 0,5 – 1,5g/ ngày (u) x 10 – 14 ngày Hoặc + Amitracin 15mg/ g TM hay TB/8 giờ + Cefazoline 1g TM/ 6g.

– Kháng nấm:

+ Ketoconazole (Nizoral) 0,2g uống 1v x 2l/ ngày x 14 ngày Hoặc +Fluconazole (u) + 800mg/ ngày đầu
+ 200 – 400mg/ ngày tiếp theo x 10 – 14ngày Hoặc + 5 – Fuorocytozine: 100 – 150mg/ 1ngày x 10 – 14 ngày (u)

5. Tiêm dưới kết mạc:

– Kháng sinh phổ rộng:

+ Gentamycin 40mg#1ml Hoặc
+ Vancomycin 50mg#1ml

– Kháng nấm:

+ Miconazole 10mg/ 0,5ml Hoặc
+ Nystatine 200 ui Hoặc
+ Fluonazole 1ml (2%)

Thuốc điều trị nấm nhỏ hoặc chích dưới kết mạc có thể gây phản ứng phụ: kích thích kết mạc, viêm giác mạc nông, viêm giác mạc nhu mô.

***Theo dõi:** Tùy theo diễn tiến của bệnh

- Có thể tiêm KSNL lần 2 hoặc lần 3: thời gian giữa các lần cách nhau 3 ngày để giảm độc tính của thuốc đối với võng mạc.
- Xét nghiệm chức năng gan, thận định kỳ đối với bệnh nhân dùng kháng sinh, kháng nấm đường toàn thân.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BÒ ĐÀO TRƯỚC

I. Triệu Chứng

1. Chủ Quan

2. Cấp tính: đau, đỏ, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực

3. Mãn tính: giảm thị lực, có thể có những đợt viêm tăng lên sau đó giảm xuống

4. **Khách Quan:** tế bào (cell) trong tiền phòng, đục thủy dịch (flare), cương tụ rìa, lắng đọng sau giác mạc. Nhãn áp thường giảm nhưng có thể tăng. Có thể có fibrin hay mủ tiền phòng, nốt trên mống, teo mống, dị sắc mống, dính mống, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang. Lưu ý: Có thể không có cương tụ rìa.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt

1. Viêm màng bồ đào sau là chủ yếu và lan ra viêm màng bồ đào trước: vẫn đục dịch kính nhiều, các dấu hiệu viêm màng bồ đào sau khác khi soi đáy mắt.

2. Viêm mống mắt do chấn thương

3. Hội chứng Posner-Schlossman

4. VMBĐ do thuốc: rifabutin, cidofovir, sulfonamide

5. Viêm củng mạc-màng bồ đào: VMBĐ thứ phát sau viêm củng mạc, thường rất đau

6. Đỏ mắt do kính tiếp xúc: đỏ mắt, phù giác mạc, khuyết biểu mô giác mạc, viêm mống mắt có thể có mủ tiền phòng, không có thâm nhiễm nhu mô

7. Viêm giác mạc-màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc

8. VMNN nhiễm trùng: tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương, đỏ mắt, đau, mủ tiền phòng, fibrin, viêm dịch kính, có thể nội sinh (hay có sốt, tăng bạch cầu)

9. Hội chứng Schwartz: sắc tố tiền phòng do bong võng mạc mãn tính gây tăng nhãn áp

10. U nội nhãn: u nguyên bào võng mạc ở trẻ em, lymphoma nội nhãn ở người già, u di căn nội nhãn ở mọi lứa tuổi

11. Giả viêm màng bồ đào: Hội chứng phân tán sắc tố

III. Nguyên Nhân

1. Cấp tính:

2. Vô căn

3. Có liên quan HLA-B27: các bệnh toàn thân phối hợp có thể là viêm cứng cột sống, hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, bệnh ruột viêm

4. VMBĐ do thủy tinh thể: sau phẫu thuật thủy tinh thể còn sót nhân-chất nhân, sau chấn thương có vỡ thủy tinh thể, hoặc thủy tinh thể quá chín

5. Viêm mống mắt sau phẫu thuật: cần chẩn đoán phân biệt với VMNN nếu đau và viêm nhiều

6. Hội chứng VMBĐ-glaucome-xuất huyết tiền phòng: thường do kính nội nhãn gây kích thích (nhất là đặt tiền phòng)

7. Bệnh Behcet: người trẻ, có mũ tiền phòng, viêm mống mắt, loét miệng và bộ phận sinh dục, nốt đỏ da, viêm mạch máu võng mạc xuất huyết, nhiều đợt tái phát

8. Bệnh Lyme: có tiền sử bị côn trùng cắn, và phát ban

9. Thiếu máu phần trước nhãn cầu: thủy dịch đục nhiều hơn phản ứng tế bào. Đau. Thứ phát sau hẹp động mạch cảnh, đai cứng mạc quá chặt, hoặc sau mổ lè.

10. Các nguyên nhân nhiễm trùng khác: hiếm, có thể là quai bị, cúm, adenovirus, sởi, Chlamydia, Leptospirosis, bệnh Kawasaki, và bệnh rickettsia

11. Mãn Tính:

12. Viêm khớp thiếu niên: thường ở trẻ gái, có thể không đau và không có triệu chứng hoặc mắt chỉ cương tụ rất nhẹ. Thường 2 bên, kháng thể kháng nhân ANA dương tính, yếu tố thấp RF âm tính, tăng tốc độ lắng máu. Có thể tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang.

13. Viêm mống mắt thể mi mãn tính ở trẻ em: thường ở trẻ gái, nhưng không có viêm khớp

14. Viêm mống mắt thể mi dị sắc mống Fuchs: ít triệu chứng, teo mống mắt lan tỏa làm cho mống nhạt màu hơn và thấu quang. Thường không dính mống sau, lắng đọng mịn lan tỏa khắp mặt sau giác mạc. Phản ứng tiền phòng nhẹ. Đục dịch kính, glaucoma, và đục thủy tinh thể thường gặp.

15. Sarcoidosis: thường 2 mắt, dính mống sau nhiều, hoặc có nốt u trên kết mạc

16. Herpes simplex / herpes zoster: có sẹo giác mạc, tiền sử đỏ mắt tái phát 1 bên hoặc nổi bóng nước trên da mi. Thường có tăng nhãn áp và teo mống

17. Giang mai: có thể có phát ban, nốt hồng (mạch máu) trên mống, viêm giác mạc mô kẽ với mạch máu ma. Giang mai thần kinh có thể có viêm dịch kính và kích thích màng não

18. Lao: IDR dương tính, sang thương phổi trên Xquang, có thể viêm giác mạc bọt (phlycten) hoặc mô kẽ, viêm màng bồ đào sau.

19. Nguyên nhân khác: cùi, brucellosis

IV. Cận Lâm Sàng

1. Căn bản:

- Công thức máu
- Tốc độ lắng máu, C-reactive protein
- Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang phổi

2. Chuyên Sâu:

- Angiotensin converting enzyme
- Kháng thể Toxoplasma IgM, IgG
- Toxocara ELISA
- Antineutrophil cytoplasmic antibody
- Định type HLA
- Chụp mạch huỳnh quang, chụp OCT, siêu âm ...

V. Điều Trị

1. Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1%

2 lần/ngày nếu viêm nặng

2. Kháng viêm steroid:

3. Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% mỗi 1-6 giờ tùy theo mức độ viêm.

Có thể dùng thêm thuốc mỡ steroid vào buổi tối. Nếu viêm nặng và không đáp ứng với thuốc nhỏ, có thể tiêm tại chỗ steroid (dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu hoặc dưới Tenon)

1. Toàn thân: nếu không cải thiện với điều trị tại chỗ hoặc bệnh cả 2 mắt nặng thì có thể dùng steroid toàn thân hoặc ức chế miễn dịch

2. Điều trị tăng nhãn áp: tránh dùng pilocarpine hoặc prostaglandin.

3. Điều trị nguyên nhân: nếu biết

VI. Theo Dõi

1. Mỗi 1-7 ngày trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng, mỗi 1-6 tháng trong giai đoạn ổn định

2. Mỗi lần khám, cần đánh giá phản ứng tiền phòng và đo nhãn áp

3. Cần khám dịch kính và đáy mắt khi viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3-6 tháng

4. Khi phản ứng tiền phòng cải thiện, thì giảm liều steroid nhỏ 1 lần/ngày mỗi 3-7 ngày. Có thể ngưng steroid sau khi giảm liều và không thấy tế bào (cell) trong tiền phòng (có thể vẫn còn đục thủy dịch). Có khi vẫn phải duy trì liều thấp mỗi ngày hoặc mỗi 2 ngày để tránh tái phát. Có thể ấn điểm lệ để gia tăng tác dụng của thuốc và tránh thuốc hấp thu vào toàn thân. Thuốc liệt thể mi cũng được giảm liều khi tình trạng viêm giảm. Thuốc liệt thể mi phải được dùng tối thiểu 1 lần/ngày vào buổi tối cho đến khi không còn tế bào trong tiền phòng.

• Tài Liệu Tham Khảo

1. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition

2. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

I. Triệu chứng

Chủ quan: thấy ruồi bay và giảm thị lực. Sợ ánh sáng hoặc dấu hiệu viêm bên ngoài không đáng kể. Tuổi thường gặp 15-40, thường 2 mắt

Khách quan: tế bào trong dịch kính, xuất tiết trắng ở miệng thất và vùng phẳng phía dưới (snowbank). Bệnh nhân trẻ có thể đến khám vì xuất huyết dịch kính. Mạch máu võng mạc ngoại biên có áo viêm, tân mạch võng mạc ngoại biên, phản ứng tiền phòng nhẹ, phù hoàng điểm dạng nang, đục thủy tinh thể dưới bao sau, glaucoma thứ phát, màng trước võng mạc, bong võng mạc xuất tiết.

II. Chẩn đoán phân biệt

Nhiễm trùng: toxocariasis, bệnh Lyme, toxoplasmosis, giang mai

Bệnh toàn thân: sarcoidosis, xơ cứng rải rác, bệnh Behcet

VMBĐ hậu phẫu hoặc XHPLT cũ do chấn thương

Thâm nhiễm ác tính: lymphoma, retinoblastoma, ung thư di căn

III. Cận lâm sàng

Công thức máu

Angiotensin converting enzyme

Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS

X quang phổi

IDR lao

Chụp mạch huỳnh quang, OCT

IV. Điều trị

Nguyên tắc: chỉ điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng và biến chứng đe dọa thị lực. Nếu chỉ có tế bào trong dịch kính mà bệnh nhân không có triệu chứng hay không có giảm thị lực thì có thể theo dõi.

Nhỏ mắt prednisolone acetate 1% mỗi 1-2h, có thể tiêm steroid dưới Tenon (0.5 to 1.0 mL of triamcinolone 40 mg/mL). Có thể tiêm lại mỗi 6-8 tuần cho đến khi thị lực và phù hoàng điểm không cải thiện thêm. Lưu ý glaucoma do steroid

Nếu không cải thiện sau 3 lần tiêm, có thể dùng steroid đường toàn thân (prednisone 40 to 60 mg mỗi ngày trong 4-6 tuần sau đó giảm liều dần rồi ngưng)

Áp lạnh vùng snowbank nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trên
Có thể cắt dịch kính nếu bệnh dai dẳng

V. Theo dõi

Mỗi 1 -4 tuần trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng

Mỗi 3-6 tháng trong giai đoạn mạn tính

Tài liệu tham khảo

And Emergency Room Diagnosis and Treatment of & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

The Wills Eye Manual: Office Eye Disease, 5th Edition

Albert & Jakobiec's Principles

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ MÃN BẰNG TIẾP KHẨU TÚI LỆ –MŨI + ĐẶT ÓNG SILICONE

I. Triệu Chứng

A . Chủ Quan:

– Tiền căn chảy nước mắt sống, ghèn nhầy, mủ; vèm kết mạc một mắt tái phát nhiều lần.

B . Khách Quan:

– Sưng nề vùng góc trong do mủ nhầy, ấn không đau.
– Ấn vùng túi lệ, có thể có mủ nhầy trào ngược ở điểm lệ dưới.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt:

– Các u vùng khóe trong mắt.
– Áp xe túi lệ.

III. Nguyên Nhân:

Thường thứ phát sau tắc nghẽn ống lệ mũi. Bệnh có thể cấp hay mạn tính. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Staphylococcus.

IV. Cận Lâm Sàng:

– Xét nghiệm máu: CTM – TS -TC – Đường huyết – Ure huyết – ELISA.
– Khám nội khoa tim phổi.

V. Điều Trị:

1. Chỉ Định Tiếp Khẩu Túi Lệ Mũi + Đặt Ống Silicone:

Giống chỉ định tiếp khẩu túi lệ mũi thông thường nhưng kèm theo:

– Hẹp lệ quản ngang hoặc lệ quản chung.
– Teo túi lệ do thông không đúng cách nhiều lần hoặc do chấn thương.
– Sau rạch Abcès túi lệ.
– Sau tiếp khẩu túi lệ mũi lần 1 thất bại.

2. Chống Chỉ Định:

– Không có điểm lệ.
– Không có lệ quản và túi lệ.
– K túi lệ hoặc mũi.

3. Vật Liệu Và Phương Pháp:

A). Vật Liệu:

– Ống Silicon rộng với 2 que sắt nối 2 đầu (Si 1010).
– Bộ đồ tiếp khẩu túi lệ mũi + khoan + đục.

B. Phương Pháp Tiến Hành:

- Khoan xương mũi, dùng que sắt có Silicone vòng qua 2 lệ quản trên- dưới qua lỗ khoan xương xuống mũi, cột cố định ở mũi.
- Khâu da, băng ép.

4. Thuốc Sau Mổ:

- Kháng sinh: uống (5 ngày).
- Kháng viêm: uống (5 ngày).
- Giảm đau: uống (5 ngày).

VI. Theo Dõi:

- Sau mổ: đau nhức, chảy máu.
- Cắt chỉ da sau 7 ngày.
- Thời gian lưu ống: 3 – 6 tháng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THẦN KINH THỊ

I. TRIỆU CHỨNG

❖ Chủ quan:

- Giảm thị lực từng giờ, ngày, tuần sau khởi phát.
- Thường 1 mắt, có thể 2 mắt.
- Đau nhức hốc mắt, đau nhức khi vận động nhãn cầu.
- Rối loạn sắc giác.

❖ Khách quan

- Dấu hiệu Uhtoff (giảm TL khi gắng sức, khi thân nhiệt tăng)
- Dấu Lermite: khi gập cổ BN cảm thấy như có luồng điện chạy dọc theo cột sống lan xuống tới chân.
- Có thể kèm các dấu hiệu thần kinh khu trú: mắt thẳng bằng, run chi, yếu chi, khó tiểu.
- Đồng tử giãn, PXAS chậm hoặc mất, có tổn thương đồng tử hướng tâm
- Gai thị: Gai thị trong giới hạn bình thường nếu viêm TKT hậu cầu
Gai thị phù nếu viêm gai
- Dấu chứng cận lâm sàng:
 - Điện thế gọi: thời gian tiềm phục kéo dài.
 - Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gập trong bệnh MS.
 - Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Phù gai do thiếu máu đầu thần kinh thị trước

III. NGUYÊN NHÂN

- Tại chỗ và lân cận: viêm màng bồ đào, viêm trong hốc mắt, viêm xoang sàng trước hoặc sau cấp
- ◆ Siêu vi, ký sinh trùng, nhiễm trùng(lao, giang mai), sarcoidosis.
- ◆ Hội chứng bồ đào màng não: nhãn viêm giao cảm, Harada, Behcet.
- ◆ Bệnh xơ cứng rải rác:

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Điện thế gọi: thời gian tiềm phục kéo dài.
- Viêm TKT hậu cầu cần chụp MRI tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của TKT viêm. Dấu hiệu thoái hóa chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gập trong bệnh MS.

- Viêm gai cần chụp mạch huỳnh quang tìm dấu hiệu tăng quang gai thị lan tỏa.
- Xét nghiệm máu: VS, NGFL, glycemie, VDRL, chức năng gan – thận
- X quang phổi
- Khám nội khoa
- Khám nội thần kinh nếu có triệu chứng thần kinh

V. ĐIỀU TRỊ

- Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu do siêu vi, do viêm xoang:
 - ◆ Solumedrol 0,250- 0.50g (tùy độ trầm trọng giảm thị lực) pha trong 50 ml NaCl 0.9% TTM chậm trong 5 ngày
 - ◆ Sử dụng thêm kháng sinh nếu có viêm xoang
- Hướng đến viêm gai hoặc viêm TKT hậu cầu liên quan bệnh MS :
 - ◆ Liều tấn công 1gm Solumedrol pha trong 50ml NaCl 0,9% mỗi ngày trong 3 ngày.
 - ◆ Liều duy trì: prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày.

VI. THEO DÕI

Diễn biến hồi phục thị lực, sắc giác, nhạy cảm tương phản

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

I. Triệu Chứng

1. Chủ quan: giảm thị lực không kèm đau nhức, hay đột nhiên thấy đốm đen, mạng nhện, hay thấy hình ảnh bị nhòe.

2. Khách quan: nếu xuất huyết nhiều sẽ thấy mất ánh hồng đồng tử, không soi được đáy mắt. Có thể thấy hồng cầu trong dịch kính trước. Nếu xuất huyết ít, đáy mắt chỉ bị che 1 phần. Nếu xuất huyết lâu ngày, máu sẽ chuyển sang màu vàng nhạt.

Có thể có RAPD nhẹ, ngoài ra còn có các dấu hiệu khác tùy vào nguyên nhân xuất huyết.

II. Chẩn Đoán Phân Biệt

1. Viêm dịch kính: thường không đột ngột, kèm viêm màng bồ đào trước hay sau, không thấy hồng cầu trong dịch kính.

2. Bong võng mạc: có thể xảy ra đơn thuần không kèm xuất huyết dịch kính, nhưng triệu chứng có thể giống nhau. Nếu xuất huyết dịch kính do bong võng mạc, một phần võng mạc ngoại biên sẽ bị che khuất.

III. Nguyên Nhân Xuất Huyết Dịch Kính:

1. VMĐTĐ.
2. Bong dịch kính sau
3. Rách võng mạc
4. Bong võng mạc
5. Tắc tĩnh mạch võng mạc
6. Thoái hóa hoàng điểm tuổi già
7. Bệnh hồng cầu liềm
8. Chấn thương
9. U nội nhãn
10. Xuất huyết dưới nhện hoặc dưới màng cứng (Hc Terson)
11. Bệnh Eales
12. Nguyên nhân khác: bệnh Coats, ROP, U mao mạch võng mạc...

IV. Cận Lâm Sàng Xuất Huyết Dịch Kính

1. Siêu âm B.
2. Chụp mạch huỳnh quang nếu xuất huyết ít

V. Điều Trị Xuất Huyết Dịch Kính

1. Bệnh nhân cần được theo dõi ngoại trú nếu không xác định được nguyên nhân xuất huyết và không loại trừ được rách võng mạc.

2. Nằm nghỉ tại giường đầu cao
3. Tránh dùng aspirin, các thuốc kháng viêm nonsteroid, và các thuốc kháng đông khác.
4. Điều trị nguyên nhân càng sớm càng tốt
5. Phẫu thuật cắt dịch kính khi:
6. Có kèm bong võng mạc
7. Xuất huyết không tan trên 3 tháng (có thể mổ sớm hơn nếu do Đái tháo đường hoặc Xuất huyết dịch kính 2 mắt)
8. Xuất huyết dịch kính có kèm tân mạch mỏng
9. Glaucoma do tán huyết hoặc do tế bào ma

VI. Theo Dõi Xuất Huyết Dịch Kính

1. Bệnh nhân được theo dõi mỗi ngày trong 2-3 ngày đầu. Nếu xuất huyết dịch kính toàn bộ và không biết được nguyên nhân, cần siêu âm mỗi 1 -3 tuần để loại trừ bong võng mạc

• Tài Liệu Tham Khảo

1. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition
2. Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG

I. Triệu chứng

- a) .Chủ quan: Mắt mờ, có thể đau nhức do tăng áp.
- b) . Khách quan: Máu thường lắng xuống dưới, hình ảnh ngấn dịch. Có thể xuất huyết
đầy tiền phòng.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glucose máu cao...

III. Nguyên nhân: Chảy máu từ thể mi hay mống do chấn thương đụng dập.

IV. Cận lâm sàng:

1. Siêu âm B bán phần sau.
2. Xquang sọ não, hốc mắt.
3. CT Scan nếu lâm sàng có dấu chứng nghi ngờ vỡ xương hốc mắt.

V. Điều trị :

Tuỳ theo mức độ xuất huyết và thị lực

Máu TP <1 mm, thị lực >7/10:

- Kiểm tra đáy mắt.
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin.

Máu TP >1 mm:

a) .Nhỏ mắt:

- Kháng sinh nếu giác mạc bị tổn thương.
- Corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương.
- Atropin 1% 2 lần / ngày.

b) .Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol, Idarac, Alaxan. (nếu có đau nhức).
- Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm mống mắt thể mi).
- Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thất (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhiều).
- Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần / ngày (u) x 5 ngày.
- Hạ áp: Acetazolamid (u) nếu có tăng áp.

c) . Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị XHTP.

VI. Theo dõi:

- Theo dõi thị lực, nhãn áp hàng ngày.
- Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết.
- Nếu sau 5 – 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao: Rửa máu tiền phòng.

VII. Tài liệu tham khảo

Ehlers, Justis P.; Shah, Chirag P. (2008) Wills Eye Manual, The Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 3 – Trauma. 5th Edition. Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.

Jack J Kanski (2003). Clinical ophthalmology, A systemic approach. Chapter 19: Trauma. 5th Edition. Butterworth Heinneman.

Peter s. Hersh, Bruce m. Zagebaum, Kenneth r. Kenyon bradford j. Shingleton Chapter 39, Surgical Management of Anterior Segment Trauma. William Tasman. Duane's Ophthalmology, 2006 Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Hagerstown

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG

I. Triệu chứng

1. Chủ quan:

- Thị lực giảm.
- Đau nhức.

2. Khách quan:

- Máu thường lắng xuống dưới, hình ảnh ngắn dịch. Có thể xuất huyết toàn tiền phòng.
- Nhãn áp có thể tăng hoặc giảm.
- Biến dạng đồng tử về hình dạng và kích thước, phản xạ chậm.

II. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glô-côm tân mạch...

III. Nguyên nhân: Chảy máu từ thể mi hay mống mắt do chấn thương đụng dập.

IV. Cận lâm sàng: sau.

V. Điều trị : Tuỳ theo mức độ xuất huyết và thị lực

Máu TP <1 mm, thị lực >7/10:

- Kiểm tra đáy mắt.
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin. Máu TP >1 mm:

1. Nhỏ mắt:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh, tra pomade KS nếu giác mạc bị tổn thương.
- Thuốc nhỏ mắt corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương.
- Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 2 lần / ngày.

2. Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol, (nếu có đau nhức).
 - Chống viêm: Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm mống mắt thể mi).
 - Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thất (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhiều).
 - Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần / ngày (u) x 5 ngày.
 - Hạ áp: Acetazolamid (u) nếu có tăng áp. Ket hợp với kali (KCl)
3. Hướng dẫn bệnh nhân: uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị XHTP.

VI. Theo dõi:

- Theo dõi thị lực, nhãn áp hàng ngày.
- Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết.
- Nếu sau 5 – 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao: Rửa máu tiền phòng

TÁC TÍNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Triệu chứng:

- Thị lực thường giảm nhanh lúc đầu nhìn sương mù sau chỉ còn ĐNT song không bao giờ mù hẳn.
- Không đau nhức.
- Giảm thị lực có thể nhiều hoặc ít phụ thuộc vào mức độ và vị trí xuất huyết võng mạc.
- Tĩnh mạch giãn to cả đường kính và chiều dài.
- Phù gai thị võng mạc.
- Xuất huyết và xuất tiết võng mạc:
 - + Xuất huyết hình ngọn nến.
 - + Xuất tiết mềm (Cục bông).
- **Triệu chứng khác:**
 - + Thị trường khuyết tương đương vùng phù và xuất huyết.
 - + Động mạch co nhỏ.
 - + Có thể có tuần hoàn bù trừ.

II. Loại trừ nguyên nhân:

- Cao huyết áp.
- Bệnh máu.
- Bệnh tim mạch.
- Bệnh nội tiết.
- U hố mắt.
- Bệnh hệ thống võng mạc nội mô.

III. Điều trị:

1. Tiêu máu:

- Tiêm hậu nhãn cầu Hyaza.

2. Tăng sức bền thành mạch:

- Canxi, Vitamin C.

3. Kháng sinh chống bội nhiễm.

4. Chống viêm:

- Corticoid uống hoặc tiêm.

5. Giảm phù nề:

- Thuốc Alphachymotrypsin.
- Thuốc Acetazolamid.

6. Giảm độ quán của máu.

7. Tiêm anti vegf hoặc steroid nội nhãn nếu có phù hoàng điểm