

Chương Mắt

7

- Mắt vẫn sưng to, có máu hoặc mủ chảy ra từ vết mổ sau thời gian uống thuốc.

3. Phòng ngừa

- Giữ vệ sinh mắt.

LỆO

I. ĐỊNH NGHĨA

- Lệo là viêm mủ cấp tính của mi mắt thường do bội nhiễm tụ cầu vàng.
- Lệo trong phát sinh từ tuyến Meibomius.
- Lệo ngoài là những mụn mủ của tuyến Zeis hoặc tuyến Moll.
- Lệo thường hay tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh:
 - Thời gian khởi phát.
 - Triệu chứng lâm sàng: mi mắt sưng, đỏ, đau.
- Khám:
 - Bờ mi: sưng tấy tại một điểm, ấn đau, đỏ, kết mạc sung huyết nhẹ.
 - Sang thương: tập trung thành mủ, đôi khi sưng to thành áp-xe mi vỡ ra phía bờ mi.
 - Tìm dấu hiệu của bệnh toàn thân như: đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.... đối với những trường hợp lệo tái phát.

2. Chẩn đoán xác định

Bờ mi sưng tấy tại một điểm, ấn đau, đỏ, kết mạc sung huyết nhẹ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc nặng: sờ tay không thấy nốt tròn dưới da, có thể có giả mạc dễ biến chứng lên giác mạc, tiết tố nhiều, tái tạo nhanh.
- Viêm mô tế bào hốc mắt: mi đỏ, phù nề, có thể kèm sốt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giữ vệ sinh mắt.
- Chườm ấm.
- Rửa thoát lưu mủ.
- Kháng sinh.

2. Điều trị ban đầu

- Chườm ấm mi mắt, bằng gạc sạch 15 - 20 phút, ngày 4 lần.
- Kháng sinh (3 - 5 ngày):
 - Uống: Oxacyllin 50 - 100 mg/kg/ngày hoặc Amoxycillin 20 - 40 mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc nhóm Cephalosporin (xem phụ lục).
 - Nhỏ: Neomycin, Tobramycin, Ofloxacin, Levofloxacin....

3. Điều trị tiếp theo

- Nếu mủ đã hình thành hay không cải thiện sau 48 giờ chườm ấm: phẫu thuật rạch lệ:
 - Gây tê tại chỗ bằng thuốc tê bôi hoặc tiêm dưới da.
 - Dùng cặp cố định lệ.
 - Đường rạch da phải song song với bờ mi để tránh làm đứt cơ vòng cung mi, vết mổ dễ liền.
 - Băng mắt.
- Lệo tự vỡ mủ và mới vỡ mủ: cũng cần chích lại và nạo hết mủ, kết hợp thuốc như trên.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**1. Chăm sóc và theo dõi tại nhà**

- 3 giờ sau mổ mở băng mắt và nhỏ mắt, uống thuốc theo toa.
- Hạn chế dụi tay vào vết mổ.

2. Phòng ngừa

- Giữ gìn vệ sinh mắt.

3. Hẹn tái khám

- Hẹn tái khám: sau 3 - 5 ngày.
- Dấu hiệu nặng cần khám ngay:
 - Chảy máu vết mổ sau mổ băng mắt.
 - Sau thời gian uống thuốc mắt vẫn sưng to, có máu hoặc mủ chảy ra từ vết mổ.



TẮC LỆ ĐẠO BẨM SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng bít tắc ống dẫn nước mắt từ lỗ lệ xuống khe mũi dưới (tắc ống lệ mũi) xảy ra ở khoảng 15% trẻ sơ sinh, thường xuất hiện từ ngày 12 - 18 sau sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Mắt xuất hiện triệu chứng: chảy nước mắt, ghèn mắt.
- Chảy nước mắt sống: mắt long lanh ngấn lệ dù không khóc.
- Ghèn mắt: màu sắc, dính mi.
- Thời gian bắt đầu có triệu chứng.
- Mức độ xuất hiện triệu chứng: mỗi ngày, vài ngày trong tuần.

b. Khám lâm sàng

- Quan sát: long lanh nước mắt, có thể có mủ dính mi.
- Ấn vào vùng túi lệ: trào chất nhầy qua lỗ lệ.
- Vùng da xung quanh góc trong đỏ, phù nề, ấn đau: có viêm túi lệ.
- Kiểm tra nhãn áp, đánh giá cấu trúc bờ mi, vị trí lông mi, tình trạng của kết mạc, đường kính và độ trong của giác mạc, tình trạng màng descemet, đồng tử, đáy mắt...

c. Cận lâm sàng: test fluorescein (+) (nếu có điều kiện).

2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định:
Chảy ghèn hoặc nước mắt, một hoặc hai mắt, thường xuyên, xuất hiện sớm (thường xảy ra trong vòng 3 tuần đầu sau sinh).
- Chẩn đoán phân biệt:
 - Tắc lệ mũi do bất thường ở xương: loạn sản sọ mặt, hở hàm ếch.
 - Viêm kết mạc sơ sinh: chảy nước mắt kèm kết mạc đỏ phù nề, nhiều chất tiết, mủ vàng. Nhuộm Gram mủ mắt thấy vi khuẩn.
 - Quặm bẩm sinh: chảy nước mắt sống, bờ mi cụp vào trong, lông mi cọ vào nhãn cầu.

- Glaucome bẩm sinh: GM to, chảy nước mắt; rạn nứt màng Descemet.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

Massage vùng túi lệ 2 - 4 lần/ngày, làm mỗi ngày liên tục trong 4 tuần (hướng dẫn cho người mẹ biết cách làm: đặt ngón tay trỏ lên điểm lệ quản chung ở góc trong mắt, vuốt xuống nhiều lần liên tục).

- Sử dụng kháng sinh nếu có nhiễm trùng:
 - Nhỏ mắt 6 lần/ngày (Col. Neomycin 0,3% hoặc Tobramycin 0,3%, Ofloxacin 0,3%, Levofloxacin 0,5%...).
 - Uống: Amoxycillin hoặc nhóm Cephalosporin (liều dùng-xem phụ lục).

2. Thông lệ đạo

Thông lệ đạo, thường được thực hiện lúc trẻ > 4 tháng tuổi vẫn còn nhiều mũ nhầy. Đa số đạt kết quả tốt sau thông lần đầu. Một số bé phải thông lệ đạo lần hai.

3. Đặt ống Silicon

Chỉ định khi:

- Nếu thông lệ đạo lần hai thất bại.
- Que thông lệ đạo có nhiều đoạn bị dừng.

IV. THEO DÕI

- Cần khám lại nhiều lần để kiểm soát tình trạng nhiễm trùng.
- Nếu trẻ đã được điều trị bảo tồn nhưng nhiễm trùng lệ đạo vẫn dai dẳng hoặc tái phát thì cần chỉ định thông lệ đạo.



VIÊM KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Kết mạc là một cấu trúc giải phẫu gồm ba phần: kết mạc sụn mi, kết mạc nhãn cầu và kết mạc cùng đồ. Bình thường kết mạc là một màng trong bóng, bắt đầu từ mặt trong của bờ mi và bao phủ cho đến vùng rìa của giác mạc. Viêm kết mạc (VKM) là bệnh rất thường gặp, bao gồm tất cả những biểu hiện: viêm, nhiễm trùng, kích thích, dị ứng... của niêm mạc kết mạc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Cảm giác cộm, xốn, nóng, ngứa, nặng mi, đau, sợ ánh sáng, tình trạng chảy nước mắt, nhìn mờ.
- Chất tiết: số lượng, tính chất, màu sắc, mức độ tái lập lại sau khi vệ sinh mắt.
- Mắt xuất hiện triệu chứng đầu tiên, thời gian lây qua mắt kia.

b. Khám lâm sàng

- Kết mạc: mức độ, vị trí cương tụ; phù nề, nhú, hạt, giả mạc.
- Giác mạc: độ trong, đường kính, xuất hiện của màng máu, tổn thương biểu mô.
- Hạch trước tai: vị trí, kích thước, số lượng.

c. Xét nghiệm

- Xét nghiệm chất tiết kết mạc: soi tươi, nhuộm gram, nuôi cấy và kháng sinh đồ.
- Các xét nghiệm thường không thực hiện thường quy. Tuy nhiên, rất cần thiết khi triệu chứng lâm sàng không đủ để chẩn đoán xác định nguyên nhân hoặc trong những trường hợp nặng, kéo dài không đáp ứng với điều trị.

2. Chẩn đoán xác định

- Dựa trên tổn thương lâm sàng và kết quả cận lâm sàng.
- Đối với VKM hội: có ít nhất 2 trong 4 điều kiện (WHO).
 - Có hội trên KM sụn mi trên.
 - Có hội hoặc di chứng của hội ở vùng rìa giác mạc.

- Có màng máu ở vùng rìa phía trên.
- Sẹo KM đặc hiệu.

3. Chẩn đoán có thể

Triệu chứng	VKM vi trùng	VKM virus	VKM dị ứng	VKM do độc chất	VKM hội (<i>Chlamydia trachomatis</i>)
Xuất tiết	Mủ/mủ nhầy	Ít (loãng)	Sợi (màu trắng)	-	Ít
Phù kết mạc	++	+/-	++	+/-	+/-
Sưng huyết	+	+	-	-	-
Nhú	+/-	-	+	-	-
Hạt	-	+	-	+	+
Giả mạc	+/- <i>Streptococcus, Corynebacterium</i>	+/-	-	-	-
Màng máu	-	-	- (trừ VKM mùa xuân)	-	+
Hạch trước tai	+	++	-	-	+/-

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thượng củng mạc.
- Viêm giác mạc.
- Viêm màng bồ đào.
- Glaucoma.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giữ vệ sinh mắt.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị triệu chứng.
- Nâng thể trạng.

2. Điều trị

a. VKM do vi khuẩn

- Rửa mắt: dung dịch Penicillin G nồng độ 10.000 đơn vị/ml hoặc nước muối sinh lý.
- Có giả mạc: bóc giả mạc hàng ngày hoặc cách ngày tùy tình trạng giả mạc.
- Kháng sinh tại chỗ:
 - Kháng sinh nhỏ mắt hoặc tra mắt, sử dụng loại có phổ kháng khuẩn rộng: Neomycin 0,3%, Tobramycin 0,3%, Ofloxacin 0,3%, Levofloxacin 0,5%... 4 - 6 lần/ngày trong 7 - 10 ngày.

- Đối với trường hợp nhiễm trùng nặng, có giả mạc, có tổn thương giác mạc... dùng thêm kháng sinh toàn thân ngay từ ban đầu, có thể sử dụng một trong những kháng sinh sau:
 - + Azithromycin 10 mg/kg (uống), 1 lần/ngày, thời gian sử dụng thường 3 ngày. Trẻ sơ sinh có thể dùng Erythromycin 50 mg/kg (uống), chia 4 lần/ngày. Azithromycin cũng rất hiệu quả trong điều trị VKM kèm viêm bờ mi do tụ cầu.
 - + Cefaclor 20 - 40 mg/kg (uống), chia 2 - 3 lần/ngày, 7 - 10 ngày.
 - + Cefixim 8 mg/kg (uống), 1 lần/ngày hoặc chia 2 lần/ngày, 7 - 10 ngày.
- Kháng sinh có thể thay đổi khi có kết quả cấy chất tiết và kháng sinh đồ nếu lâm sàng không đáp ứng tốt với điều trị.

b. VKM do siêu vi

- Điều trị triệu chứng và nâng đỡ thể trạng.
- Có thể phối hợp thuốc nhỏ kháng sinh để chống bội nhiễm.
- VKM do Herpes: uống Acyclovir 20 - 40 mg/kg và chống bội nhiễm.

c. VKM dị ứng

- Tìm nguyên nhân gây dị ứng để cách ly: bụi, lông thú, kính tiếp xúc...
- Vệ sinh mắt thường xuyên bằng nước muối sinh lý giúp loại bỏ bớt dị nguyên bề mặt.
- Kháng Histamin tại chỗ: giúp giảm triệu chứng ngứa, chảy nước mắt và đỏ mắt.
- Thuốc nhỏ bền tương bào: hiệu quả trong điều trị phòng ngừa (trước khi tiếp xúc với dị ứng nguyên).
- Kháng Histamin toàn thân:
 - Kèm phù mi nhiều.
 - Hoặc có triệu chứng dị ứng ngoài mắt.
 - Hoặc để giảm thời gian điều trị với thuốc nhỏ mắt có thể gây kích ứng mắt.
- Corticoids tại chỗ dễ gây nhiễm trùng và nhiễm nấm nên chỉ sử dụng khi có cơn cấp trong thời gian ngắn. Trong trường hợp bệnh nhân được điều trị kéo dài hàng tuần hay hàng tháng phải theo dõi biến chứng đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Nếu viêm kết mạc có giả mạc, tái khám mỗi ngày hoặc cách ngày để bóc giả mạc và theo dõi cho đến khi hết tạo lập giả mạc.

VIÊM KẾT MẠC SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm kết mạc sơ sinh là tình trạng kết mạc đỏ, phù, chảy dịch trong thời kỳ sơ sinh, thường do lậu cầu, *Chlamydia trachomatis*.

II. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi bệnh:
 - Thời gian khởi phát, tiến triển.
 - Chất tiết: số lượng, tính chất, màu sắc, mức độ tái lập lại sau khi vệ sinh mắt.
- Khám:
 - Ghèn mắt: mủ vàng loãng hoặc mủ nhầy.
 - Kết mạc: cương tụ, phù nề.
 - Giác mạc: có thể có tổn thương viêm hoặc loét.

Chẩn đoán tác nhân:

	Viêm kết mạc lậu cầu	Viêm kết mạc <i>C. Trachomatis</i>
Thời gian xuất hiện	3 → 7 ngày sau sanh	5 → 12 ngày sau sanh
Tính chất mủ	Vàng loãng, nhiều	Mủ nhầy
Tình trạng kết mạc	Đỏ rực	Đỏ vừa → nhẹ
Diễn tiến	Nhanh, có thể gây loét giác mạc	Chậm

- Cận lâm sàng: công thức máu, nhuộm Gram chất tiết của mắt tìm song cầu gram (-) hay các vi khuẩn khác khi không đáp ứng điều trị ban đầu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giữ vệ sinh mắt.

- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị triệu chứng.
- Nâng thể trạng.

2. Điều trị

a. Điều trị ban đầu

- Rửa mắt bằng dung dịch PenicillinG 10.000 đơn vị/ml hoặc nước muối sinh lý.
- Bắt đầu với kháng sinh nhỏ mắt hoặc mỡ tra mắt: Tobramycin 0,3%, Ofloxacin 0,3%....

b. Viêm kết mạc lậu cầu

- Cefotaxim tiêm mạch (xem phụ lục).
- Nếu có nhiễm trùng toàn thân: xem bài nhiễm trùng sơ sinh.

c. Viêm kết mạc do *Chlamydia trachomatis*: uống Erythromycin 30 - 50 mg/kg/ ngày chia 4 lần, trong 14 ngày. Azithromycin là kháng sinh Macrolid được đánh giá có triển vọng trong điều trị nhiễm *Chlamydia*. Tuy nhiên liệu điều trị trẻ < 6 tháng tuổi chưa được khuyến cáo.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Thời gian đầu nên tái khám mỗi ngày hoặc cách ngày để rửa sạch chất tiết mủ để phát hiện sớm tổn thương giác mạc để điều trị kịp thời.

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm của giác mạc thứ phát sau tổn thương giác mạc hoặc tiếp xúc tác nhân lây nhiễm. Viêm giác mạc có thể do siêu vi, vi khuẩn, vi nấm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Thời gian khởi phát.
- Triệu chứng cộm xốn hoặc đau nhức, sợ ánh sáng hay giảm thị lực.
- Tiền căn chấn thương giác mạc do thực vật (cành cây, lá cây...), nhỏ mắt với thuốc có thành phần corticoid lâu ngày: gợi ý viêm giác mạc do nấm.
- Sử dụng kính tiếp xúc, chấn thương mắt, sử dụng thuốc nhỏ mắt không vô trùng: gợi ý viêm giác mạc do vi khuẩn.
- Tiếp xúc với nguồn lây từ các mụn rộp quanh mắt, mũi, miệng của cha mẹ: gợi ý do *Herpes Simplex*.

b. Khám

- Giác mạc có tổn thương viêm dạng chấm, cành cây hoặc bản đồ; ổ loét có ranh giới rõ hoặc không, có thể kèm theo mủ tiền phòng.
- Kết mạc đỏ nhẹ, có cương tụ nhiều tại kết mạc vùng rìa giác mạc, có thể kèm viêm kết mạc có giả mạc.
- Mi mắt có thể sưng nhẹ.

2. Đề nghị cận lâm sàng

Soi, nhuộm, cấy mủ ổ loét tìm vi khuẩn và nấm.

3. Chẩn đoán xác định

Tiền sử gợi ý, lâm sàng có sang thương trên giác mạc, cương tụ kết mạc rìa, cận lâm sàng cho kết quả (+) với tác nhân gây nhiễm.

4. Chẩn đoán tác nhân

Tác nhân	Virus	Vi khuẩn	Nấm
Tiền sử	Lây qua chất tiết	Kính tiếp xúc, chấn thương, thuốc nhỏ mắt bẩn	Sau chấn thương do thực vật
Tổn thương	Một hay hai mắt	Thường bị một mắt	Một mắt
Giác mạc	Viêm biểu mô giác mạc hình cánh cây cây hoặc bán đồ	Ồ loét ranh giới rõ, có mũ ở như mô bên dưới, có thể có mũ tiền phòng	Ồ loét khô màu trắng xám, có bờ gờ cao, ranh giới không rõ như rìa tem hoặc lông vũ, có thể có mũ tiền phòng, sang thương vệ tinh...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Điều trị

a. Viêm giác mạc do *Herpes Simplex*

- Làm giảm lượng siêu vi: nạo nhẹ biểu mô giác mạc bằng tampon.
- Acyclovir 3% dạng mỡ tra mắt, 5 lần/ngày x 8 - 10 ngày và Acyclovir uống, 20 mg/kg/ngày (tối đa 800 mg/ngày), 4 - 5 lần/ngày trong 10 ngày.

b. Viêm giác mạc do vi khuẩn

- Điều trị tùy theo độ nặng của sang thương viêm.

	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Kích thước	2 mm	2-6 mm	> 6 mm
Độ sâu	< 1/3 chiều dày giác mạc	1/3 - 2/3 chiều dày giác mạc	> 2/3 chiều dày giác mạc
Phản ứng tiền phòng	Nhẹ	Fibrin tiền phòng	Mủ tiền phòng

- Nếu viêm giác mạc độ 2, 3 hoặc có viêm củng mạc hoặc nội nhãn nên nhập viện để được theo dõi sát và điều trị kịp thời.
- Kháng sinh nhỏ mỗi giờ, có thể sử dụng thêm kháng sinh dạng mỡ tra mắt vào ban đêm.
- Đánh giá kết quả điều trị mỗi ngày, nếu lâm sàng cải thiện, có thể xem xét giảm liều dần (nhỏ mỗi 2 giờ, 3 giờ), nếu lâm sàng không cải thiện: chọn lựa kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nếu viêm loét giác mạc dẫn đến thủng giác mạc: ghép giác mạc hoặc ghép màng ối bảo tồn.

c. Viêm giác mạc do nấm

- Nhỏ mắt Natamycin 5% mỗi giờ. Cắt gọt giác mạc hỗ trợ cho viêm giác mạc nấm ở nông. Nếu nặng nên ghép giác mạc xuyên giữa nấm lan vào củng mạc hoặc nội nhãn.
- Uống Ketoconazol hoặc Fluconazol.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau xuất viện 1 tuần, 3 tuần.
- Theo dõi thị lực và tình trạng giác mạc.



PHỎNG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phỏng mắt có thể do hóa chất (Acid hoặc base), nhiệt (nước sôi, than, tàn thuốc), tia: tia cực tím, tia ion hóa. Mức độ nặng phụ thuộc vào nồng độ, thời gian tiếp xúc và độ pH của hóa chất.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. **Hỏi bệnh:** tiếp xúc tác nhân gây phỏng, thời gian tiếp xúc, xử trí trước khi nhập viện, mức độ đau.

b. Khám

- Chảy nước mắt sống, co quắp mi là hậu quả của sự kích thích trực tiếp những đầu thần kinh phân bố trong biểu mô giác mạc.
- Da mi mắt đỏ và sưng nhẹ mi mắt hoặc nặng hơn có bóng nước hoại tử, da mi đổi màu trắng xám.
- Kết mạc cương tụ nhẹ hoặc hoại tử kết mạc.
- Giác mạc hơi mờ nhẹ (mất độ bóng), đục hoặc rất đục (không thấy chi tiết móng mắt), chấm phỏng biểu mô giác mạc (do tia cực tím), nguy cơ thủng giác mạc.
- Củng mạc có thể cương tụ màu đỏ đậm hoặc hoại tử xám. Trường hợp nặng có thể gây viêm dính móng mắt hoặc đục thủy tinh thể.
- Tìm khám những vị trí phỏng khác trên cơ thể.
- Phân độ phỏng mắt do hóa chất (Roper - Hall).

Độ	Lâm sàng
I	Kết mạc cương tụ Tổn thương nhẹ biểu mô giác mạc, giác mạc còn trong Không thiếu máu vùng rìa
II	Giác mạc mờ nhưng còn quan sát rõ chi tiết móng mắt Thiếu máu vùng rìa < 1/3 chu vi rìa giác mạc
III	Mất đa số biểu mô giác mạc Đục nhu mô giác mạc, không quan sát rõ chi tiết móng mắt Thiếu máu vùng rìa 1/3 - 1/2 chu vi giác mạc
IV	Đục mờ giác mạc, không nhìn thấy móng mắt phía sau. Thiếu máu > 1/2 chu vi rìa giác mạc.

Tác nhân	Nhẹ	Vừa	Nặng
Nhiệt	Dạ đỏ nhẹ, kết mạc đỏ nhẹ	Dạ đỏ bóng nước, phù kết mạc nhãn cầu	Hoại tử da màu xám, hoại tử củng giác mạc
Tia	Đỏ kết mạc, chấm phỏng biểu mô giác mạc	Đục giác mạc do phù mô nhục giác mạc	Hoại tử giác mạc vô trùng, đục thủy tinh thể, tổn thương hoàng điểm

2. Chẩn đoán xác định

Tiền sử tiếp xúc với hóa chất, nhiệt, tia + tổn thương cấp tính kết mạc, giác mạc.

3. Chẩn đoán độ nặng: (bảng phân độ).

4. Chỉ định nhập viện: bỏng hóa chất độ III, IV; Bỏng tia, nhiệt mức độ nặng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

5 nguyên tắc:

- Loại bỏ tác nhân gây phỏng.
- Giảm đau.
- Chống dính.
- Phòng ngừa và điều trị nhiễm trùng.
- Cung cấp dinh dưỡng.

2. Điều trị đặc hiệu

2.1. Xử trí phỏng do hóa chất

a. Điều trị ban đầu

- Loại bỏ hóa chất: theo các bước sau:
 - Nhỏ thuốc tê bề mặt (tetracain 0,5%) hoặc gây mê (trong trường hợp cần thiết).
 - Trước khi rửa mắt phải gấp mảnh cứng, dị vật ra khỏi cùng đồ, trong trường hợp dị vật là cục vôi tôi nên gấp ra trước khi nhỏ tê.
 - Đặt vành mí, rửa thẳng vào cùng đồ bằng nhiều nước sạch hoặc bằng Normal Saline, sau khi sạch cùng đồ có thể rửa nhỏ giọt liên tục vào mắt bằng nước Normal saline hoặc Lactate Ringer tối thiểu từ 1 - 2 lít nước, sau 30 - 60 phút kiểm tra pH cùng đồ bằng giấy quỳ, mục tiêu đưa pH về 7 - 7,5, nếu vẫn không đạt pH mục tiêu, phải rửa tiếp tục.
- Giảm đau, kháng viêm:
 - Tại chỗ: nhỏ giãn đồng tử bằng Atropin 0,5% (khi nhỏ phải ấn chặn điểm lệ, 5 giây sau lau thuốc ngay) để tránh dính mí và giảm đau.
 - Toàn thân: Paracetamol hoặc có thể cân nhắc Ibuprofen (giảm đau, kháng viêm) nếu không có chống chỉ định.
 - Có thể sử dụng corticoid (Prednisolon acetate 1%) khi không có tổn thương biểu mô: nhỏ 4 - 6 lần/ngày để kháng viêm đồng thời hạn chế viêm màng bồ đào trước, phải giảm liều dần sau 3 ngày và ngưng sử dụng sau



7 ngày. Sau 7 ngày có thể dùng thuốc nhỏ mắt non steroid 3 - 4 lần/ngày (Nepafenac 0,1%, Indomethacin 0,1%....) cho đến khi hết phản ứng viêm.

- Chống dính mi cầu: tách mi và nhãn cầu bằng spatule có bôi thuốc mỡ tra mắt hoặc đặt khuôn mắt giả.
- Ngừa nhiễm trùng:
 - Kháng sinh tại chỗ: Neomycin 0,3%, Tobramycin 0,3% hoặc Ofloxacin 0,3% nhỏ 6 - 8 lần/ngày.
 - Kháng sinh dự phòng toàn thân: phỏng nặng cho uống Amoxicillin hoặc Erythromycin từ 5-7 ngày.
- Cung cấp dinh dưỡng:
 - Bổ sung Vitamin A, C.
 - Nước mắt nhân tạo (sodium hyaluronate 0,1%, arboxymethin cellulose sodium 0,05%....) giúp thúc đẩy lành biểu mô giác mạc.

b. Điều trị di chứng

- Viêm loét giác mạc kéo dài: kháng sinh + khâu cò.
- Sẹo dính co kéo mí: tạo hình.
- Dính kết mạc mi cầu: bóc tách + đặt khuôn.
- Sẹo giác mạc: ghép giác mạc.

c. Săn sóc và theo dõi

- Khám và thay băng mắt mỗi ngày đến khi mắt hết cương tụ, hết đau nhức.

2.2. Xử trí phỏng do nhiệt

a. Điều trị ban đầu: giảm đau.

b. Điều trị tiếp theo

- Băng ép vô khuẩn có bôi kháng sinh nếu phỏng mi mắt sâu.
- Để nguyên các bóng nước.
- Xử trí nhanh chóng phù nề gây lộn mi bằng cách khâu cò.

c. Điều trị di chứng: ghép da sớm trong trường hợp phỏng nặng có khả năng gây sẹo xấu giúp mau lành sẹo và tránh biến dạng.

d. Săn sóc và theo dõi: khám, thay băng mắt mỗi ngày đến khi mắt hết cương tụ và đau nhức.

2.3. Phỏng tia

a. Điều trị ban đầu

- Giảm đau.
- Giãn đồng tử giúp giảm đau do co thắt thể mi.

b. Phòng ngừa nhiễm trùng: kháng sinh dự phòng tại chỗ.

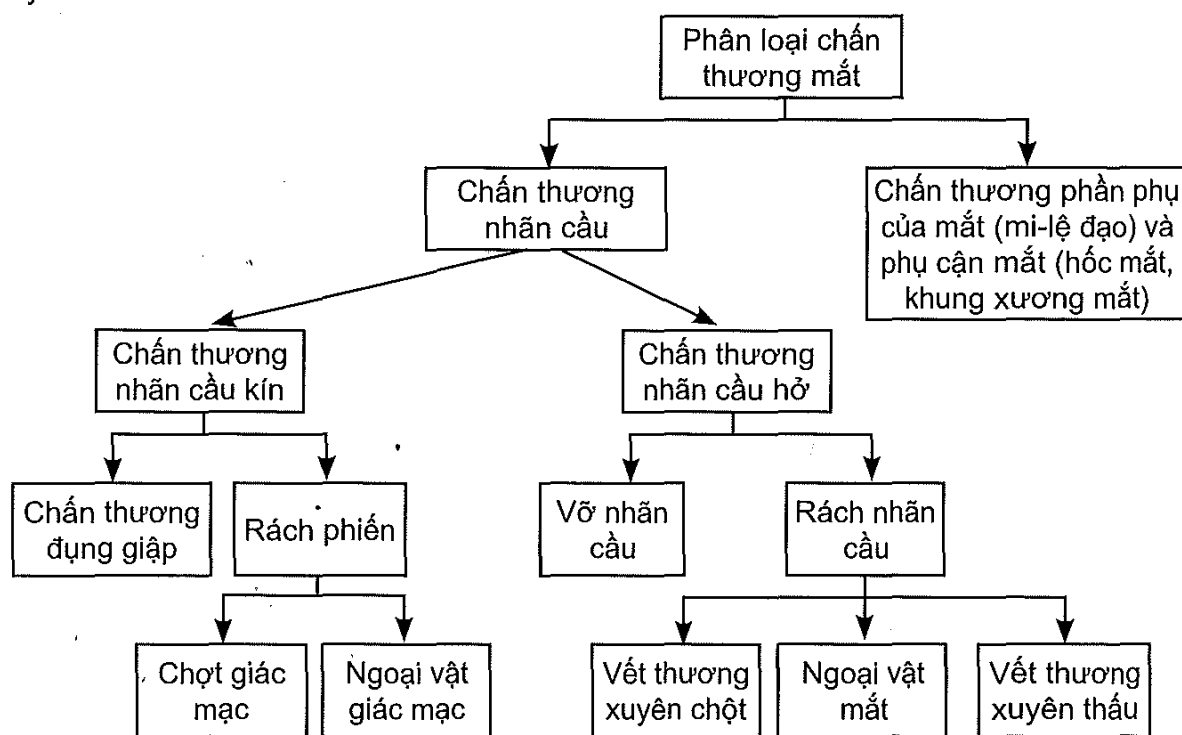
IV. TÁI KHÁM

Trường hợp phỏng hóa chất cần tái khám mỗi 3 tháng để phát hiện các biến chứng như: glôcôm, dính mi cầu, viêm màng bồ đào, nhãn viêm giao cảm.

CHẤN THƯƠNG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương mắt là một tai nạn, có thể do chấn thương đụng dập, chấn thương xuyên thấu.



II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương mắt, thời gian xảy ra tai nạn, tác nhân gây chấn thương: do vật tù (gậy, đá, tay...) hoặc do vật nhọn (dao, đạn, kim...).
- Có giảm thị lực không? (nếu giảm thị lực nghi có tổn thương giác mạc hoặc nội nhãn).

b. Khám

- Phù mi mắt, bầm mi (tụ máu dưới da), vết rách da mi, rách bờ tự do mi.

- Rách đứt lệ quản dưới (vết rách bờ tự do mi dưới nằm giữa góc trong mắt và điểm lệ dưới).
- Rách giác mạc: phôi mỏng mắt qua vết rách.
- Vỡ nhãn cầu: rời nhãn cầu thấy mềm so với mắt kia.
- Nếu vỡ xương hốc mắt có tổn thương xoang sờ thấy lạo xạo dưới da + lệch nhãn cầu + lé, song thị, vận nhãn hạn chế (do kẹt cơ, phù hốc mắt).
- Tổn thương thị thần kinh.
- Dùng đèn khám để phát hiện xuất huyết tiền phòng (ngắn máu trong tiền phòng).
- Soi đáy mắt phát hiện: lệch thủy tinh thể, xuất huyết pha lê thể, xuất huyết võng mạc, bong võng mạc.

2. Đề nghị cận lâm sàng

- X quang sọ thẳng nghiêng: nếu nghi ngờ có vỡ xương hốc mắt.
- Siêu âm mắt: phát hiện khối máu tụ, xuất huyết tiền phòng, lệch thủy tinh thể, xuất huyết dịch kính, bong võng mạc, xuất huyết võng mạc.

3. Chẩn đoán xác định

Tiền sử có chấn thương vào mắt + khám thấy tổn thương mắt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí sớm tổn thương, chú ý tìm và loại trừ dị vật.
- Kháng sinh (nếu tổn thương hở).
- Điều trị triệu chứng.

2. Xử trí

a. Phân loại xử trí

- Xử trí tại phòng khám: các tổn thương rách da và mi mắt không đứt lệ quản dưới và không tổn thương nhãn cầu.
- Nhập viện chấn thương mắt khi có tổn thương:
 - Đứt lệ quản dưới.
 - Xuất huyết tiền phòng trên 50%.
 - Tổn thương nhãn cầu kèm tổn thương đa cơ quan khác.
- Chuyển trung tâm mắt đối với các tổn thương: rách giác mạc - củng mạc phôi tổ chức nội nhãn, vỡ nhãn cầu do chấn thương nặng, gãy vỡ xương hốc mắt.

b. Xử trí theo tổn thương

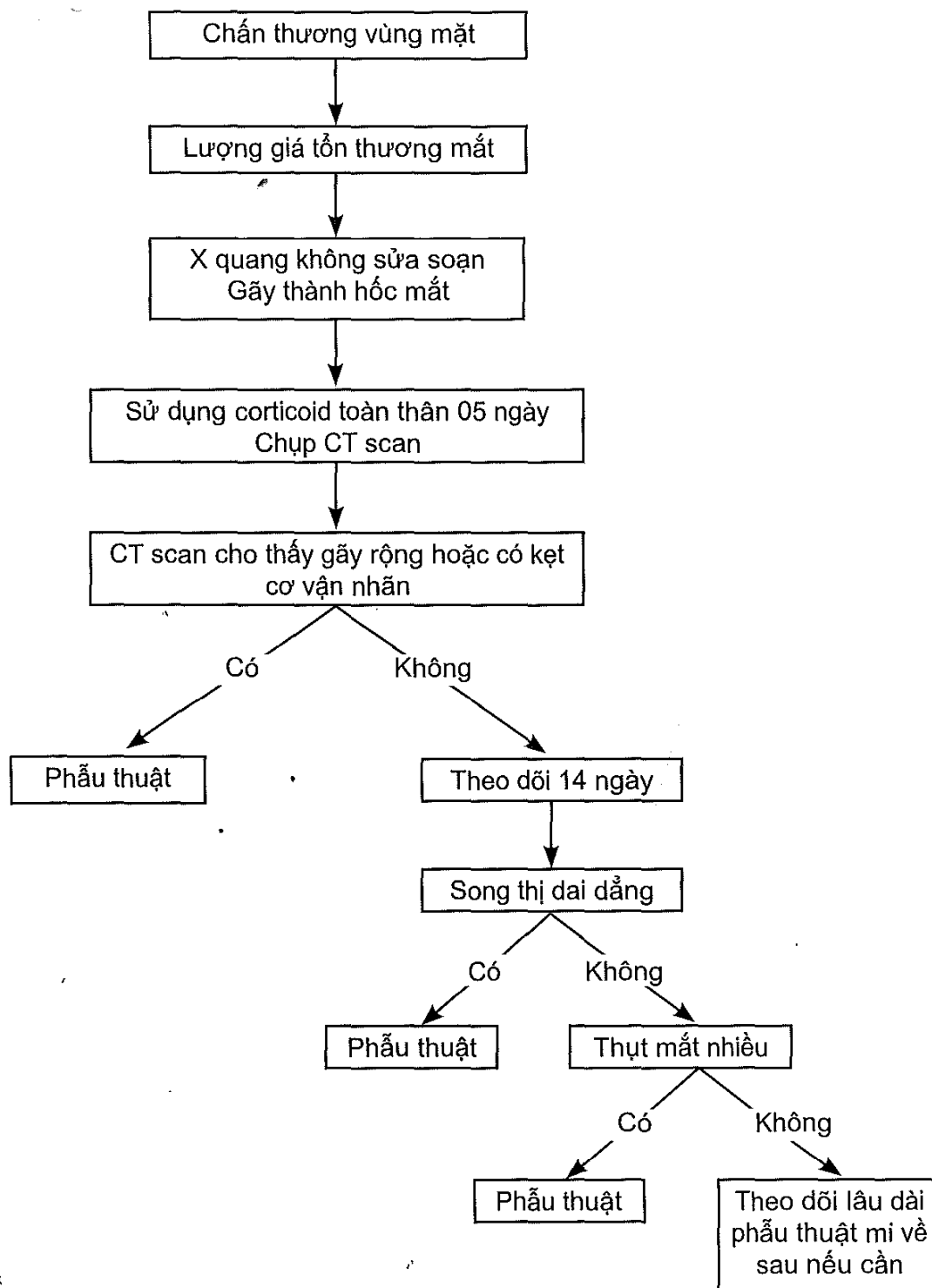
- Rách mi mắt:
 - Điều trị ban đầu: khâu vết rách da mi (lưu ý cần khâu chính xác theo vị trí giải phẫu, tránh biến chứng hình chữ V mi trên. Khi khâu không cắt lọc, cố gắng bảo tồn tất cả các mô). Nếu có kèm đứt lệ quản dưới: nối tận-tận và đặt ống Silicon.

- Theo dõi: tình trạng tắc nghẽn lệ đạo, tái khám mỗi tháng và liên tục trong 3 tháng.
- Trợt giác mạc:
 - Mất một phần biểu mô giác mạc.
 - Xử trí: giữ vệ sinh mắt, tra pomade kháng sinh, băng ép 24 - 48h biểu mô sẽ tự lành. Sử dụng thuốc kháng sinh tại chỗ tiếp tục 5 ngày sau.
- Rách kết mạc và xuất huyết kết mạc:
 - Cần xác định có hay không chấn thương xuyên thấu nhãn cầu, nếu nghi ngờ phải thám sát nhãn cầu.
 - Giảm đau: paracetamol.
 - Nhỏ kháng sinh ngừa bội nhiễm.
- Xuất huyết tiền phòng:
 - Điều trị ban đầu:
 - + Nằm nghỉ ngơi tại giường, đầu kê cao 30°.
 - + Che mắt bị chấn thương.
 - + Uống nhiều nước.
 - + Giảm đau: paracetamol, không được dùng aspirin hoặc các kháng viêm nonsteroid khác.
 - + Thuốc liệt thể mi.
 - + Dùng thuốc hạ nhãn áp nếu có tăng nhãn áp.
 - Điều trị tiếp theo:
 - + Chỉ định mở tiền phòng để rửa máu tiền phòng khi:
 - o Sau 3 - 5 ngày máu tiền phòng còn trên 50% (mỏ sớm hơn dễ bị chảy máu tái phát, mỏ muộn có nguy cơ ngấm máu giác mạc, dính góc).
 - o Ngấm máu giác mạc (còn xuất huyết, mắt còn thị lực).
 - o Tăng nhãn áp.
 - Theo dõi:
 - + Theo dõi nhãn áp mỗi ngày khi có tăng nhãn áp.
 - + Nếu bị lùì góc tiền phòng, về lâu dài có thể tăng nhãn áp, do đó cần theo dõi tăng nhãn áp suốt đời, nếu phát hiện thấy glaucoma cần được điều trị ngay.
- Xử trí gãy thành hốc mắt.

Xử trí phẫu thuật nhằm mục đích giải phóng sự kẹt cơ, mô và chỗ gãy mà nếu không can thiệp sớm hiện tượng xơ hóa về sau khó khắc phục được.



SƠ ĐỒ XỬ TRÍ GẦY THÀNH HỐC MẮT



TIÊM THUỐC CHỐNG TĂNG SINH TÂN MẠCH (ANTI-VEGF) VÀO NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ BỆNH VÕNG MẠC TRẺ SINH NON (ROP)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Yếu tố tăng trưởng nội mạch (VEGF) đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh lý ROP. Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh hiệu quả của các thuốc ức chế VEGF trong điều trị ROP do tác dụng ức chế sự tăng sinh các tân mạch.

Định nghĩa:

- Tiêm chất chống VEGF nội nhãn là phương pháp tiêm thuốc chống tăng sinh tân mạch vào buồng dịch kính nhằm đạt nồng độ thuốc tối đa trong nhãn cầu, hạn chế tác dụng toàn thân của thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- AP-ROP.
- ROP giai đoạn I, II, III, vùng 1, plus (+).
- ROP sau điều trị laser nhưng tân mạch vẫn còn phát triển.
- ROP có chỉ định điều trị laser nhưng kèm:
 - Môi trường không đủ trong suốt để thực hiện laser (đục thủy tinh thể, xuất huyết dịch kính, trước võng mạc).
 - Tân mạch mọc mắt quá nhiều, không thể giãn đồng tử để thực hiện laser.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang viêm kết mạc hay loét giác mạc.
- Nhiễm trùng mí mắt hay tổ chức hốc mắt.
- Tiền sử dị ứng với thuốc được tiêm.
- Tiền sử có bệnh lý truyền tắc mạch như: nhồi máu não, nhồi máu cơ tim...

IV. THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị

- Người thực hiện: bác sĩ chuyên khoa mắt.
- Phương tiện: kính hiển vi phẫu thuật, vành mi, ấn củng mạc (hoặc nhíp kết mạc), miếng dán mi, kim 30-31G, thuốc tê, thuốc sát trùng, thuốc chống tăng sinh tân mạch (Bevacizumab 0,625 mg/0,025 ml).

2. Bệnh nhân

- Khám mắt và soi đáy mắt, hội chẩn chuyên gia về chỉ định tiêm (nếu cần thiết).
- Tư vấn và giải thích cho gia đình bệnh nhân (phụ lục đính kèm).
- Người nhà ký cam kết đồng ý thực hiện tiêm nội nhãn cho bệnh nhân.
- Nhỏ thuốc kháng sinh phổ rộng (thường dùng nhóm quinolone) tại chỗ 4 - 6 lần/ngày trong một ngày trước khi tiêm.

3. Địa điểm thực hiện: phòng mổ hoặc phòng tiêm đảm bảo vô trùng.

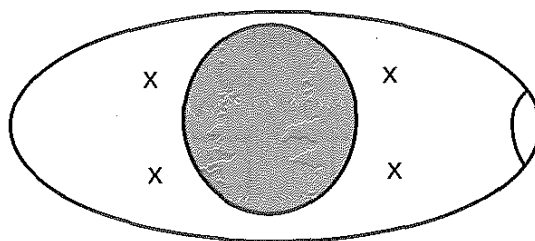
4. Vô cảm: tê tại chỗ (nhỏ tê 3 lần cách 5 phút hoặc tê dưới kết mạc) hoặc gây mê tùy trường hợp.

5. Các bước tiến hành

- Chuẩn bị các xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu toàn bộ, siêu âm tim-não-bụng, X quang tim-phổi thẳng.
- Trước khi tiêm: kiểm tra hồ sơ, người bệnh, chuẩn bị thuốc (bivacizumab, ranibizumab) theo quy trình chuẩn của bệnh viện.

Kỹ thuật tiêm vào buồng dịch kính:

- Làm vệ sinh da mi, bờ mi và chân lông mi bằng povidine 10%.
- Trải khăn vô khuẩn.
- Dán mi.
- Đặt vành mi sơ sinh.
- Vệ sinh mắt trước khi tiêm bằng povidine 5% hoặc dung dịch kháng sinh nhỏ vào cùng đồ kết mạc, chờ 90 giây, sau đó rửa sạch lại bằng nước muối sinh lý.
- Sử dụng kim 30G hoặc 31G tiêm xuyên vùng pars plana cách rìa giác mạc 1,5 mm, tránh các vị trí 3-6-9-12h để tránh các tĩnh mạch trích trùng, hướng mũi kim hướng về phía cực sau nhãn cầu để tránh chạm vào thể thủy tinh.



Hình minh họa các vị trí có thể tiêm (Mắt phải)

- Xuyên kim khoảng 5 - 7 mm (1/2 chiều dài kim), có thể kiểm tra đầu kim nằm trong buồng dịch kính qua kính hiển vi phẫu thuật, bơm thuốc vào nội nhãn.
- Rút kim ra, dùng tăm bông vô trùng ấn ngay vết tiêm để tránh thuốc trào ngược ra ngoài.
- Nhỏ povidine 5% lên vị trí vừa tiêm, chờ 1 phút, sau đó rửa sạch lại bằng nước muối sinh lý.
- Lấy vành mi, tháo miếng dán mi, tra thuốc mỡ hoặc nhỏ thuốc có kháng sinh.

- Soi lại đáy mắt để kiểm tra động mạch trung tâm võng mạc còn tưới máu hay không. Nếu động mạch trung tâm võng mạc không tưới máu do tăng áp, phải tiến hành chọc dò tiền phòng giải áp.

V. THEO DÕI

- Nhỏ ngay liều kháng sinh đầu tiên trong 2 - 3 giờ đầu sau tiêm và duy trì 5 ngày sau đó (kháng sinh phổ rộng, ưu tiên nhóm quinolone) với 6 lần/ngày.
- Cho bệnh nhân tái khám lại ngay khi mắt có dấu hiệu sưng, cương tụ, nhiều ghèn....

VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết dưới kết mạc: thường gặp, có thể tự khỏi sau 2 - 3 tuần.
- Viêm mủ nội nhãn: tần suất khoảng 1/5.000 (1): tiêm kháng sinh nội nhãn 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: kháng viêm steroid.
- Tăng nhãn áp: thuốc hạ nhãn áp.
- Tân mạch thoái triển chưa hết sau điều trị, có nguy cơ gây co kéo, dọa bong võng mạc: laser quang đông võng mạc sẽ được chỉ định.
- Bong võng mạc: xem xét chỉ định phẫu thuật (PPV- Pars Plana Vitrectomy).



