

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Phiếu tóm tắt điều trị một số bệnh về mắt thường gặp
tại Bệnh viện Mắt tỉnh Gia Lai

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT

Căn cứ Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành 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 11/2025/QĐ-UBND ngày 01/7/2025 của Ủy ban nhân dân tỉnh Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế tỉnh Gia Lai;

Căn cứ Quyết định số 149/QĐ-UBND ngày 01/7/2025 của Ủy ban nhân dân tỉnh về việc thành lập các Chi cục và đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Chỉ đạo tuyến.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Phiếu tóm tắt điều trị một số bệnh về mắt thường gặp”. Quyết định này được áp dụng tại tất cả các khoa phòng trong bệnh viện.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Trưởng, phó, phụ trách các khoa phòng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Lưu VT, KHTHCĐT

Nguyễn Thanh Triết

SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI
BỆNH VIỆN MẮT

PHIẾU TÓM TẮT ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ
BỆNH VỀ MẮT THƯỜNG GẶP

(Ban hành kèm theo Quyết định /QĐ-BVM ngày tháng 7
năm 2025 của Bệnh viện Mắt tỉnh Gia Lai)

Gia Lai, năm 2025

MỤC LỤC

	Trang
VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM	1
VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VIRUS HERPES	5
VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO.....	8
BỆNH VỠNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG.....	11
VẾT THƯƠNG NHÃN CẦU HỔ.....	14
CHẤN THƯƠNG MẮT	16
BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH TRẺ EM.....	19
QUẠM MI BẨM SINH.....	29
SỤP MI BẨM SINH.....	31
BỆNH GLÔCÔM KÈM ĐỤC THỦY TINH THỂ	33
BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH.....	36
BỆNH GLÔCÔM	41
ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỤC THỦY TINH THỂ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT PHACO	44

BAN BIÊN TẬP

Trưởng Ban

BS CKII Nguyễn Thanh Triết – Giám đốc Bệnh viện Mắt

Phó Ban

ThS. BS Nguyễn Văn Thành – Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp – Chỉ đạo tuyến

Thư ký

BS CKI Nguyễn Thị Kim Xuyên - Phó phòng Kế hoạch Tổng hợp – Chỉ đạo tuyến

Các thành viên:

BS CKI Nguyễn Thành Tân – Trưởng khoa Mắt trẻ em

ThS. BS Nguyễn Thị Bảo Thy – Phụ trách khoa Đục thủy tinh thể – Glôcôm

BS CKI Nguyễn Thị Bích Hải – Nhân viên khoa Mắt trẻ em

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

1. Nội khoa

1.1. Thuốc dùng tại mắt:

- Các thuốc thường được sử dụng là:
- Thuốc sử dụng đầu tay là Natamycin 5%. Nếu không đáp ứng trên lâm sàng, thay bằng Amphotericin B 0.15% trong trường hợp nhiễm Aspergillus hoặc Candida; thay hoặc phối hợp thêm nhóm Azoles, thay bằng Amphotericin B phối hợp với Azoles (Voriconazole).
- Các thuốc kháng nấm nhỏ mỗi giờ trong tuần đầu, sau đó nếu diễn tiến lâm sàng đáp ứng thì giảm liều dần đến mức thấp nhất là 4 lần/ngày cho đến khi lành sẹo.
- Thời gian điều trị thường dài, trung bình 4-6 tuần.
- Kháng sinh phổ rộng nếu có nhiễm trùng phối hợp.

1.2. Thuốc toàn thân:

- Itraconazole 100mg:
+ Liều dùng 200 x 1 lần/ngày.

7.1.3. Điều trị phụ trợ

- Nhỏ Atropin 1% x 2 lần / ngày.
- Thuốc bảo vệ gan mật.
- Vitamin C nâng tổng trạng, giảm đau.
- Hạ nhãn áp: tăng nhãn áp, loét giác mạc thủng hoặc dọa thủng
- Giảm đau bằng Paracetamol và/hoặc kháng viêm không Steroid (Diclofenac, Ibuprofen...).
- Chống tiêu mô bằng Doxycyclin 0.1g 1 viên x 2 lần/ngày. 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.
- Điều trị phối hợp nếu có đồng nhiễm hoặc có bội nhiễm với các tác nhân khác.
- Điều chỉnh thuốc theo đáp ứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng.

2. Ngoại khoa

2.1. Thủ thuật

- Cạo bề mặt ổ loét hoặc gọt bề mặt ổ loét: bề mặt ổ loét gồ, tùy theo đáp ứng điều trị có thể làm mỗi 24 - 48 giờ.
- Viêm loét giác mạc thâm nhiễm sâu nhu mô, tiến triển nặng, lan rộng: Tiêm kháng nấm nhu mô 0.05-0.1ml amphotericin B 0.05% (5-10 µg/0.1ml) hoặc voriconazole 0.05% (50 µg/0.1ml) quanh ổ loét.
- Tiêm dưới kết mạc cho những trường hợp loét giác mạc nặng, viêm lan đến củng mạc hoặc viêm nội nhãn. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng lan đến tiền phòng hoặc dịch kính, có thể tiêm kháng nấm tiền phòng hoặc tiêm nội nhãn.

2.2. Phẫu thuật

- Dán keo: Ổ loét dọa thủng, nhuyễn giác mạc hoặc thủng có đường kính \leq 2mm.
- Ghép bảo tồn (màng ối, giác mạc, giác củng mạc hoặc mảnh nhu mô): ổ loét có lỗ thủng $>$ 2mm.
- Rửa mủ tiền phòng:
 - + Rửa mắt sau giác mạc hoặc rửa tiền phòng nhiều gây tăng nhãn áp.
 - + Rửa mắt sau giác mạc hoặc rửa tiền phòng nhiều tiến triển gây dính vào mặt trước thể thủy tinh.

- Múc nội nhãn: loét giác mạc toàn bộ đau nhức có hoặc không kèm viêm mủ nội nhãn, ổ loét thủng rộng phôi tổ chức nội nhãn, loét giác mạc đau nhức trên mắt mất chức năng (thị lực mắt chức năng nhận thức ánh sáng).
 - Cắt bỏ nhãn cầu: ổ loét hoại tử giác mạc kèm viêm tổ chức hốc mắt, viêm mủ toàn nhãn, thị lực mắt chức năng nhận thức ánh sáng.
- + VLGM thủng hoặc dọa thủng > 2mm.
- + VLGM không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- + Nhiễm trùng hoặc nhuyễn mảnh ghép giác mạc.
- + Dẫn phình phần trước nhãn cầu (anterior staphyloma).
- + VLGM lan tới vùng rìa hoặc ở giai đoạn nặng ($\geq 6\text{mm}$ và/hoặc lan vào 1/3 nhu mô sau giác mạc).

Chú ý:

- Trước phẫu thuật ghép giác mạc nên thực hiện siêu âm B để loại trừ viêm mủ nội nhãn và bơm rửa lệ đạo để loại trừ viêm mủ túi lệ.
- Kích thước mảnh ghép tốt nhất lớn hơn kích thước ổ thâm nhiễm ít nhất 1 mm.
- Nên rửa tiền phòng bằng Amphotericin B hoặc Voriconazole 50 $\mu\text{g}/0,1\text{ml}$.
- Thuốc kháng nấm sau mổ nên dùng ít nhất 3 tuần.
- Steroid nhỏ chỉ nên dùng sau khi đã kiểm soát được nhiễm trùng và sau khi dùng kháng nấm ít nhất 2 tuần đối với trường hợp ghép giác mạc. Có thể sử dụng Cyclosporin A hoặc Tacrolimus thay thế.
- Có thể thực hiện phối hợp các phẫu thuật khác: Lấy thủy tinh thể, cắt mỏng chu biên, dán keo nếu viền giác mạc bệnh nhân mỏng hoặc nhuyễn.
- Điều trị kết hợp bệnh lý toàn thân (nếu có) có liên quan đến VLGM.

8. Theo dõi

- Tái khám bệnh nhân tùy theo diễn tiến và mức độ nặng của nhiễm trùng.
- Tiến triển bệnh: Loét tiến triển nặng hoặc lành sẹo.
- Đáp ứng điều trị khi có giảm các triệu chứng: Đau, cương tụ kết mạc, loét biểu mô hoặc thâm nhiễm, mũ tiền phòng. Giảm đau là dấu hiệu đầu tiên của đáp ứng điều trị. Với thâm nhiễm sâu có thể cần điều trị kéo dài từ vài tuần đến vài tháng.
- Lưu ý: Khi dùng thuốc nhỏ kháng nấm tại chỗ kéo dài có thể gây độc bề mặt nhãn cầu. Đáp ứng viêm do độc tính của thuốc có thể gây nhầm lẫn với nhiễm trùng kéo dài. Nếu nghi ngờ do độc tính của thuốc, và khi thuốc đã dùng đủ, ít nhất 4-6 tuần, nên ngưng điều trị và theo dõi thật sát bệnh nhân vì nguy cơ loét tái phát.
- Biến chứng: Thủng giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm mũ nội nhãn, tăng áp thứ phát.
- Tiêu chuẩn xuất viện:
 - + Hết đau hoặc đau ít.
 - + Cương tụ rìa giảm.
 - + Bề mặt thâm nhiễm sạch, bờ biểu mô hóa.
- Tái khám hàng tuần.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu nặng: Mắt sưng đỏ nhiều, đau nhức, khó mở mắt, chảy nước mắt nhiều, viêm loét giác mạc tiến triển nhanh, cấp hoặc biến chứng thủng.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VIRUS HERPES

1. Nội khoa

1.1. Tổn thương da mi

Thuốc mỡ acyclovir 5% thoa da 5 lần/ngày dù chưa được chứng minh hiệu quả.

Các thuốc dùng ngoài da thì không được dùng trên mắt.

Thuốc mỡ kháng sinh (tobramycin 0,3%, oflovid 0,3%...) tra 2 lần/ngày phòng ngừa bội nhiễm.

Chườm ấm hoặc lạnh vùng da bị tổn thương 3 lần/ngày hoặc khi cần thiết.

Các thuốc điều trị 7-14 ngày cho đến khi hết triệu chứng.

1.2. Bệnh lý viêm kết mạc

Thuốc mỡ acyclovir 3%, gancilovir 0,15% x 5 lần/ngày. Ngưng thuốc sau 7-14 ngày, nếu không đáp ứng cần đánh giá lại.

1.3. Bệnh lý biểu mô giác mạc

Thuốc mỡ acyclovir 3%, gancilovir 0,15% tra liều điều trị (bảng 1), trong khoảng 10-14 ngày. Giảm liều sau khi lành biểu mô (5-7 ngày), và ngưng sau đó 1 tuần.

Thuốc uống kháng vi-rút: acyclovir 0,4g x 5lần/ ngày

Kháng sinh nhỏ phổ rộng phòng ngừa, nhỏ 4 lần/ngày.

Liệt thể mi: nhỏ Atropin sulfat 1% x 2 lần/ngày, nếu có phản ứng tiền phòng hoặc chói sáng.

Cạo biểu mô giới hạn: có thể phối hợp với điều trị tại chỗ khi đáp ứng kém với thuốc kháng vi-rút, thực hiện trên vùng biểu mô bị tổn thương.

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

- Không dùng corticoid trừ khi có tình trạng viêm nhu mô đi kèm.

1.4. Viêm nhu mô giác mạc

- Viêm giác mạc nhu mô miễn dịch:

+ Nhỏ liệt thể mi: atropin sulfat 1% x 2 lần/ngày.

+ Nhỏ steroid (như prednisolone 1% hoặc loteprednol 0,5%) từ 4 lần/ ngày đến mỗi 2 giờ tùy theo mức độ bệnh. Hạ liều steroid chậm mỗi 1-2 tuần tùy theo đáp ứng lâm sàng, cho đến liều tối thiểu đủ để kiểm soát viêm. Tránh hạ liều nhanh và ngưng đột ngột. Thời gian điều trị tùy vào mỗi cá thể, tối thiểu 10 tuần theo khuyến cáo nghiên cứu HEDS.

+ Đối với viêm nhẹ có thể không nhỏ steroid nếu bệnh nhân không từng dùng steroid trước đó do bệnh có thể tự giới hạn.

+ Steroid uống có lợi ích trong các trường hợp viêm nhu mô miễn dịch nặng, viêm nội mô dạng đĩa hoặc lan tỏa nặng, viêm nội mô dạng đường, viêm mống mắt, trường hợp có khuyết biểu mô kèm phản ứng miễn dịch rõ thì dùng dạng uống ưu thế hơn nhỏ tại chỗ. Có thể dùng liều Prednisone 40 mg đến 60 mg/ngày, giảm liều nhanh.

+ Kháng vi-rút phòng ngừa: Thuốc mỡ acyclovir 3% hoặc ganciclovir 0,15% tra liều phòng ngừa (bảng 1); hoặc uống acyclovir 0,4g, valacyclovir 0,5g liều phòng ngừa (bảng 1). Thuốc được sử dụng kéo dài đến khi ngưng hoặc hạ liều steroid còn < 1 giọt/ngày.

+ Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ nhãn áp (nếu có tăng nhãn áp). Tránh dùng hạ nhãn áp prostaglandin vì có nguy cơ tái phát viêm giác mạc và viêm màng bồ đào.

- Viêm giác mạc nhu mô hoại tử:

+ Điều trị giống viêm giác mạc nhu mô miễn dịch thể nặng.

+ Ưu tiên hàng đầu là phải chẩn đoán và điều trị tình trạng khuyết biểu mô và bội nhiễm vi khuẩn với thuốc nhỏ hoặc thuốc mỡ kháng sinh.

+ Thuốc kháng vi-rút uống.

+ Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ nhãn áp (nếu có tăng nhãn áp hoặc dọa thủng).

+ Trường hợp biến chứng thủng có thể dán keo, ghép màng ôi hoặc ghép giác mạc bảo tồn.

2. Phẫu thuật

□ Xem phần điều trị phẫu thuật ngoại khoa trong viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

□ Ghép giác mạc quang học: ghép xuyên hoặc ghép lớp trước sâu (DALK) được chỉ định khi sẹo giác mạc yên từ 6 tháng đến 1 năm trở lên, và ảnh hưởng nhiều đến thị lực, trước đó nên thử dùng kính áp tròng cứng thấm khí (RGP lens) và nước mắt nhân tạo tích cực để cải thiện bề mặt nhãn cầu.

3.Theo dõi

□ Đánh giá bệnh nhân từ 2-7 ngày để đánh giá đáp ứng điều trị và sau đó mỗi 1 đến 2 tuần, dựa vào dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt là viêm giác mạc nhu mô hoại tử cần theo dõi sát: kích thước ổ loét, bờ thâm nhiễm, độ sâu thâm nhiễm, phản ứng tiền phòng, độ phù giác mạc, nhãn áp.

□ Tái khám ngay khi có dấu hiệu nặng: mắt sưng đỏ nhiều, đau nhức, khó mở mắt, chảy nước mắt nhiều, viêm loét giác mạc tiến triển nhanh, cấp hoặc biến chứng thủng.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

1. Điều trị

1.1.VMBĐ trước

□ Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1% 2 lần/ngày nếu viêm nặng. Ngưng nếu VMBĐ không hoạt động (cell TP = 0).

□ Kháng viêm steroid: Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% (Predforte 1%)

+ Mức độ nhẹ: 4-6 lần/ngày

+ Mức độ trung bình: 10 lần/ngày

+ Mức độ nặng: 20 lần/ngày trong 3 ngày sau đó 10 lần/ngày trong 3 ngày 8
lần/ngày trong 7 ngày sau đó 6 lần/ngày trong 7 ngày

4 lần/ngày trong 2 tuần sau đó giảm 3, 2, 1 lần/ngày mỗi 2 tuần

3 lần/tuần trong 2 tuần sau đó giảm 2, 1 lần/tuần mỗi 2 tuần

1.2. VMBĐ trung gian

□ Chống viêm bằng Corticosteroids

□ Thuốc nhỏ Steroid tại chỗ: Prednisolone acetate 1% mỗi 1-2 giờ

□ Chích cạnh nhãn cầu hay dưới bao tenon: 0.5ml triamcinolone 40mg/ml, có thể lặp lại sau 6 đến 8 tuần đến khi thị lực và phù hoàng điểm không cải thiện thêm.

□ Nếu sau điều trị tại chỗ và chích cạnh nhãn cầu không đáp ứng điều trị có thể sử dụng đường toàn thân: methylprednisolone hoặc prednisone liều từ 0,5-1mg/kg/ngày và giảm liều tùy theo đáp ứng trên lâm sàng.

□ Áp lạnh vùng snowbank nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trên hoặc có tân mạch võng mạc

- Phẫu thuật cắt dịch kính qua Pars plana có thể hữu ích trong các trường hợp kháng trị với steroid toàn thân hoặc để điều trị đục thủy tinh thể, bong võng mạc do co kéo, ERM và các biến chứng khác. Ngoài ra, sinh thiết dịch kính thông qua phẫu thuật cắt dịch kính pars plana có thể được chỉ định trong các trường hợp nghi ngờ có hội chứng Masquerada, đặc biệt là u lympho nội nhãn.
- Nhỏ thuốc hạ nhãn áp khi có dấu hiệu tăng nhãn áp

1.3. VMBĐ sau và toàn bộ

- Có thể khởi đầu điều trị với thuốc nhỏ nếu có VMBĐ trước đi kèm (như trên).
- Kháng viêm steroid: Dùng toàn thân thường cho sau khi đã có xét nghiệm loại trừ nhiễm trùng (sau 3-4 ngày)

+ Uống methylprednisolone 0.8-1.6 mg/kg/ngày hoặc prednisone 1-2 mg/kg/ngày.

+ Liều tối đa 3-4 viên methylprednisolone 0.016g/ngày (60-80 mg prednisone)

2.Theo dõi

2.1. VMBĐ trước:

- Trong giai đoạn cấp: mỗi 1-7 ngày tùy theo mức độ nặng, mỗi 1-6 tháng trong giai đoạn ổn định
- Mỗi lần khám cần đánh giá tiền phòng và đo nhãn áp
- Cần khám dịch kính- võng mạc mỗi khi phản ứng viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3-6 tháng

2.2. VMBĐ trung gian:

- Giai đoạn cấp: mỗi 1-4 tuần tùy theo mức độ nặng
- Giai đoạn mạn tính: mỗi 3- 6 tháng

2.3. VMBĐ sau:

- Giai đoạn cấp: mỗi 1-4 tuần tùy độ theo mức nặng
- Giai đoạn mạn tính: mỗi 3- 6 tháng. Theo dõi phát hiện tân mạch: tế bào ở dịch kính sau, dịch kính mờ đục, tổn thương viêm của võng mạc hoặc hắc mạc, viêm mạch máu võng mạc, tân mạch võng mạc, phù hoàng điểm dạng nang, màng trước võng mạc, màng tân mạch hắc mạc

BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1 Điều trị nội khoa

1.1 Bệnh VMĐTĐ không tăng sinh giai đoạn nặng, bệnh VMĐTĐ tăng sinh:

Laser quang đông toàn võng mạc (PRP):

+ Chỉ định: VMĐTĐ tăng sinh nguy cơ cao, khi có tân mạch mống hoặc tân mạch góc tiền phòng.

+ Có thể laser nhiều lần, theo dõi sau 4-6 tuần và có thể laser bổ sung nếu cần.

Tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: Đơn thuần hoặc kết hợp với laser quang đông võng mạc

1.2 Phù hoàng điểm do ĐTD

Tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF:

+ Bevacizumab (Avastin 100mg/4ml) tiêm liều 1,25mg/0,05ml, ranibizumab (Lucentis 1,65mg/0,165ml) tiêm liều 0,5mg/0,05ml, aflibercept (Eylea 40mg/1ml) tiêm liều 2mg/0,05ml, faricimab (Vabysmo 6mg/0,05ml) tiêm liều 6mg/0,05ml

+ Đối với bevacizumab, ranibizumab, aflibercept: Tiêm 6 mũi thuốc kháng VEGF đầu tiên, các mũi tiêm cách nhau 4 tuần. Sau đó, dựa vào thị lực và OCT, bác sĩ có thể quyết định tiêm tiếp hoặc không.

+ Các mũi tiêm duy trì thường cách nhau mỗi 4 tuần đối với bevacizumab và ranibizumab, 8 tuần với aflibercept

+ Đối với những trường hợp thị lực $> 4/10$, hiệu quả điều trị không khác nhau giữa bevacizumab, ranibizumab và aflibercept.

+ Với thị lực 4/10 hoặc thấp hơn, aflibercept hiệu quả nhất và bevacizumab tác dụng kém nhất (Protocol T-DRCR.net).

+ Đối với faricimab có thể áp dụng phương thức tiêm Điều trị và mở rộng: Tiêm nội nhãn 4 mũi, mỗi mũi cách nhau 4 tuần. Sau đó dựa trên kết quả OCT và/hoặc thị lực của bệnh nhân để quyết định khoảng thời gian tiêm thuốc. Khi kết quả OCT và thị lực cải thiện, có thể tăng khoảng cách thời gian điều trị từng bước, mỗi bước tăng 4 tuần cho đến tối đa là 16 tuần. Nếu kết quả OCT và/hoặc thị lực xấu đi, có thể giảm khoảng cách thời gian điều trị ngắn lại 4 tuần hoặc 8 tuần, với thời gian tối thiểu giữa 2 lần tiêm thuốc là 4 tuần.

Que cấy dexamethasone: Hàm lượng 0,7mg, cũng là 1 phương pháp điều trị hiệu quả, một số trường hợp có thể sử dụng đầu tay.

Tiêm nội nhãn triamcinolone: Hàm lượng 40mg/1 ml, tiêm liều 1- 4mg, có vai trò hỗ trợ cho thuốc kháng VEGF trong một số trường hợp phù dai nặng, hiệu quả hơn với những mắt đã lấy thủy tinh thể.

2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định cắt dịch kính khi:

Xuất huyết dịch kính dai nặng không cho phép laser quang đông.

+ Nếu không có tân mạch mống, có thể phẫu thuật nếu xuất huyết dịch kính không tan sau 3 tháng hoặc phẫu thuật ngay nếu xuất huyết dịch kính nặng ở cả hai mắt.

+ Có thể tiêm thuốc kháng VEGF trước mổ để hạn chế nguy cơ chảy máu trong phẫu thuật. Tiêm thuốc kháng VEGF trong xuất huyết dịch kính cần được theo dõi với siêu âm để phát hiện sớm bong võng mạc tiến triển.

Bong võng mạc co kéo tiến triển đe dọa hoàng điểm.

Bong võng mạc co kéo kết hợp với lỗ rách võng mạc.

Xuất huyết dày đặc trước võng mạc tại hoàng điểm.

- Phù hoàng điểm mạn tính không đáp ứng với các phương pháp nội khoa.
- Tân mạch và tăng sinh xơ nặng không đáp ứng với laser quang đông vĩnh mạc.

VẾT THƯƠNG NHÃN CẦU HỖ

1. Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật khâu bảo tồn giác củng mạc nhãn cầu nên thực hiện càng sớm càng tốt
- Mất chấn thương nặng không thể khâu bảo tồn nên cắt bỏ nhãn cầu sớm trong 7-14 ngày sau chấn thương để tránh nhãn viêm giao cảm.

2. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh:
 - + Đường nhỏ mắt: nhóm Quinolone (Ofloxacin 0.3% hoặc levofloxacin 0.5%, hoặc Moxifloxacin 0,5%) hoặc Tobramycin nhỏ 6 lần/ngày
 - + Kháng sinh toàn thân vào nội nhãn nên dùng sớm trong 6 giờ sau chấn thương: Moxifloxacin 400mg uống ngày 1 lần, lần 1 viên hoặc Ofloxacin 400mg uống ngày 2 lần, lần 1 viên trong 5 – 7 ngày. Trường hợp vết thương bản hoặc nghi ngờ viêm mủ nội nhãn tiêm kháng sinh theo phác đồ viêm mủ nội nhãn
- Kháng viêm toàn thân Methylprednisolone 16 mg uống ngày 1 lần, mỗi lần 1- 2 viên sau ăn sáng trong 5 – 7 ngày
- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên
- Liệt điều tiết: thuốc nhỏ Atropine 1% nhỏ 2 lần/ngày.
- Thuốc rửa mắt Natri clorid 0.9% rửa 2 lần/ngày.
- Tiêm huyết thanh kháng uốn ván (SAT 1500 IU/ml) nếu chấn thương do kim loại, vết thương bản.. .

3. Chăm sóc hậu phẫu

- Tiếp tục thuốc điều trị nội khoa như trước phẫu thuật.

□ Trường hợp tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng Acetazolamide 0,25g uống ngày 2 lần, mỗi lần 1- 2 viên; kèm Kaleorid 0,6g ngày uống 1-2 lần, mỗi lần 1 viên và thuốc hạ áp nhỏ tại chỗ.

4.Theo dõi

- Thị lực, nhãn áp
- Các biến chứng sau phẫu thuật: tăng áp, đục thủy tinh thể thứ phát, thoái hóa giác mạc, teo mống mắt hay đồng tử không đều.
- Theo dõi tình trạng nhãn viêm giao cảm mắt lành
- Chú ý: 3- 10% có viêm mủ nội nhãn sau chấn thương.

CHẤN THƯƠNG MẮT

I. CHẤN THƯƠNG MẮT

1. Chấn thương mắt là gì?

Chấn thương mắt thường để lại hậu quả nặng nề có thể mù lòa nếu không xử trí đúng và kịp thời.

2. Nguyên nhân thường gặp

- + Chơi dao, kéo. Trẻ chạy cầm tờ chén khi té mảnh tờ, chén vỡ bật vào mắt. Chó cắn, cò mổ.
- + Bụi, dị vật cánh côn trùng, mạt sắt bay vào mắt.
- + Chơi pháo hoặc bị pháo nổ văng vào mắt.
- Hóa chất: xà phòng, nước rửa chén, thuốc xịt côn trùng...
- Chấn thương do ánh sáng mạnh: tia UV, tia laser đồ chơi...
 - Tai nạn giao thông.

II. SƠ CỨU VÀ PHÒNG NGỪA CHẤN THƯƠNG MẮT

1. Sơ cứu trước khi đến bệnh viện

- Tụ máu mi: xử trí chườm đá lạnh làm giảm sưng phù.
- Dị vật kết mạc: chớp mắt vào ly nước sạch giúp dị vật trôi ra ngoài. Nếu không được, hãy đến cơ sở y tế chuyên khoa mắt để được lấy ra.
- Dị vật giác mạc không được tự khều lấy dị vật, không tự mua thuốc nhỏ mắt vì sẽ làm tổn thương mắt nặng hơn. Bệnh nhân nên đến cơ sở chuyên khoa mắt để được lấy dị vật càng sớm càng tốt.
- Xước giác mạc: do móng tay, vật nhọn, cành cây cào: mắt cộm, đau khó mở mắt, nhìn mờ. Không nên tự mua thuốc nhỏ nên đi khám ngay tại Bệnh viện có chuyên khoa Mắt.
- Vết thương đâm xuyên gây rách da mi, đứt lệ quản, rách giác mạc, củng mạc

do dụng cụ nhọn như dao kéo, bút chì, đá, mảnh lưỡi cưa... đâm vào có thể kèm chảy máu, thoát chất dịch nhầy, có thể kèm dị vật. Tuyệt đối không được tự ý lấy những vật lạ như đất, đá, cây... cắm trong mắt ra. Băng mắt sạch không rửa mắt, không đè ép vào mắt, đến khám ngay Bệnh viện chuyên khoa Mắt.

- Bỏng hóa chất: các hóa chất gia dụng bắn vào mắt. Rửa mắt ngay bằng nước sạch hoặc nước muối vô trùng trong 5-10 phút, băng mắt -> khám Bệnh viện chuyên khoa mắt. trừ trường hợp bỏng do vôi phải lấy hết vôi cục trong mắt rồi rửa mắt .

- Chấn thương đầu do tai nạn giao thông (máu tụ trong não) cũng có thể ảnh hưởng đến đường dẫn truyền thị giác, thị thần kinh có thể bị chèn ép, bị đứt gãy mù đột ngột cần điều trị tích cực mới có hy vọng phục hồi thị lực.

- Vỡ thành xương hốc mắt gây tụt nhãn cầu vào các xoang lân cận, gây chèn ép dây thần kinh thị giác hoặc gây xuất huyết vùng quanh thị thần kinh, làm thị lực giảm trầm trọng, nên có sự phối hợp với các khoa liên quan như Tai-mũi-họng, răng hàm mặt, ngoại thần kinh...với mục đích giải phóng chèn ép, giải thoát cơ bị kẹt và đặt xương gãy về đúng vị trí giải phẫu.

Sơ cứu đúng cách giúp ngăn chặn được nhiều nguy cơ gây nguy hiểm đến thị lực và sức khỏe đôi mắt.

2. Khi nào gặp bác sĩ?

- Nhìn mờ.
- Đau mắt kéo dài và có xu hướng nặng dần, đặc biệt khi tiếp xúc với ánh sáng.
- Không thể rửa sạch mắt bằng nước.
- Có biểu hiện lạ khi nhìn: nhìn đôi, quang sáng hoặc bóng mờ.
- Xuất huyết trong mắt.
- Tổn thương nặng xung quanh mắt (có vết cắt, vết thương hở).

3. Bảo vệ mắt là biện pháp phòng ngừa chấn thương mắt hiệu quả, thiết thực nhất

- Tránh cho trẻ chơi dao, kéo, cung tên, vật sắc nhọn, súng bắn đạn giả..Theo dõi sát khi trẻ chơi.
- Trẻ em chơi với vật nuôi (chó, mèo) cần phải có người giám sát cẩn thận, không cho trẻ lại gần con cò tránh trường hợp bị cò mổ mắt.
- Đeo kính bảo vệ: để giảm ánh sáng trực tiếp và cản vật lạ bay vào mắt bất ngờ. Đeo kính khi hàn xì. Đảm bảo an toàn trong lao động.
- Khi sử dụng hóa chất, nên đeo bao tay và rửa thật sạch sau khi dùng xong.
- Cẩn thận trong sinh hoạt an toàn giao thông. Đội mũ bảo hiểm khi tham gia giao thông.

BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH TRẺ EM

I. ĐỤC THỂ THỦY TINH TRẺ EM

1. Định nghĩa

- Thể thủy tinh (TTT) là một thấu kính trong suốt hai mặt lồi trong nhãn cầu, chức năng của thể thủy tinh là tham gia vào quá trình điều tiết và hội tụ các tia sáng trên võng mạc, giúp mắt nhìn rõ vật.



- Đục thể thủy tinh (ĐTTT) là hiện tượng mờ đục của thể thủy tinh, cản trở không cho các tia sáng đi qua, làm cho thị lực người bệnh suy giảm dẫn đến mù lòa.

- Đục thể thủy tinh có thể xuất hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ do nhiều nguyên nhân.



2. Nguyên nhân

2.1. Đục thể thủy tinh bẩm sinh

- Do di truyền (di truyền theo gen trội thường gặp nhất, có thể di truyền theo gen lặn hoặc liên kết nhiễm sắc thể X (hiếm gặp)
 - Rối loạn chuyển hóa: rối loạn chuyển hóa đường galactose (Galactosemia), suy tuyến cận giáp ...
- Đi kèm các hội chứng bẩm sinh khác: hội chứng Down, hội chứng Lowe, hội chứng Alport, hội chứng Marfan, Trisomy 13-15 ...
- Nhiễm trùng bào thai do: Rubella, Cytomegalovirus, Varicella, giang mai, Toxoplasma
- Tồn tại pha lê thể nguyên thủy
- Tật không móng mắt, dị dạng Peter...

2.2. Đục thể thủy tinh mắc phải

- Do chấn thương, do sử dụng thuốc (corticoid), viêm màng bồ đào, bệnh lý rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường), xạ trị ...

3. Triệu chứng

- Thị lực giảm, không hoặc ít cải thiện với kính điều chỉnh tật khúc xạ.
- Đối với trẻ nhỏ: phản xạ định thị và theo đuổi kém
- Nheo mắt khi nhìn, chói mắt.
- Ánh đồng tử trắng
- Có thể kèm theo lé, rung giật nhãn cầu.

4. Điều trị

- Phẫu thuật lấy TTT trong bao (Intra – Capsular Cataract Extraction - ICCE)
- Phẫu thuật lấy TTT ngoài bao (Extra – Capsular Cataract Extraction - ECCE)

- Phẫu thuật phaco (Phacoemulsification).

II. PHẪU THUẬT

1. Chuẩn bị hồ sơ trước phẫu thuật

1.1. Khám đánh giá và điều trị:

- Khám bán phần trước nhãn cầu, kết mạc, giác mạc, đánh giá độ đục, dây Zinn.

- Khám đáy mắt.

- Tư vấn, giải thích các phương pháp phẫu thuật, giải đáp thắc mắc.

2.2. Xét nghiệm, cận lâm sàng

- Công thức máu, đường huyết, TS – TC.

- Khám nội và đo điện tim:

- Siêu âm mắt A-B, IOL Master

- OCT, trường hợp đặc biệt BS cho chỉ định thêm.

2. Trình tự tiến hành

- Bước 1: Nộp giấy tờ tại phòng 8.

- Bước 2: Khám tại 19, 20.

- Bước 3: Nhập viện tại phòng 23.

- Bước 4: Người bệnh và thân nhân sẽ được tư vấn: Phẫu thuật, chế độ ăn trước phẫu thuật và giải đáp thắc mắc.

- Bước 5: Đóng tiền mổ tại phòng số 8.

- Bước 6: Bệnh nhân được cho làm các xét nghiệm cần thiết tại phòng 16.

- Bước 7: Chuẩn bị trước mổ tại phòng 23. Người bệnh được NVYT đánh dấu mắt mổ, thay quần áo, mang bảng tên, uống thuốc trước mổ.

- Bước 8: Người bệnh và người nhà sẽ được hướng dẫn đến khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức để thực hiện phẫu thuật.

- Bước 9: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng thuốc cũng như cách chăm sóc mắt, sinh hoạt, dinh dưỡng... tại phòng 23.

- Bước 10: Người bệnh sẽ được khám lại cấp giấy ra viện trước khi ra về vào lúc 7h30 ngày hôm sau tại phòng 23.

III. Điều trị, chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật

1. Chăm sóc ngày phẫu thuật

1.1. Thuốc

- Kháng sinh Quinolone Cravit 0.5% hoặc Vigamox 0.5%.
- Kháng viêm Prednisolone acetate (Prefort 1%).

1.2. Sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động.
- Ăn uống bình thường không kiêng cử. Thức ăn nhẹ, dễ tiêu, bổ dưỡng: cháo, sữa, súp...
- Ăn theo chế độ bệnh lý nếu bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm.

2. Chăm sóc sau phẫu thuật

2.1. Thuốc

- Rửa tay sạch trước khi thay băng, nhỏ thuốc.
- Không để nước bắn chảy vào mắt (do vết mổ chưa đóng kín từ 3 tuần đến 1 tháng).
- Uống thuốc và nhỏ mắt đúng cách, đúng thuốc theo toa BS.
- Có thể dùng các thuốc nội khoa khác đang điều trị.

2.2. Dinh dưỡng

- Thức ăn dễ tiêu, bổ dưỡng không kiêng cử.
- Ăn đủ chất, ăn nhiều trái cây (Cam, chuối, đu đủ,...)
- Tránh nhai mạnh.
- Tránh ăn những thức ăn dễ gây dị ứng, khó tiêu (tôm, cua, cá biển,...)
- Ăn theo chế độ bệnh lý nếu bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm.
- Tránh táo bón.

2.3. Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi:

*** Trong thời gian một tháng sau mổ tuyệt đối:**

- Không dụi mắt, không để nước vào mắt.
- Không đi bơi, tắm biển.
- Không chạy nhảy vận động nhẹ nhàng.
- Thể dục nhẹ nhàng sau mổ 1 tháng; thể dục nặng hoặc đối kháng sau mổ 3 tháng.
- Tránh hút thuốc, uống rượu.

2.4. Theo dõi – Tái khám:

- Tái khám sau mổ 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng theo hẹn của bác sỹ.
- Nếu có các dấu hiệu bất thường ở mắt phải đi tái khám ngay mà không cần phải đợi ngày tái khám: nhức mắt, mờ mắt đột ngột, mắt bị chấn thương.
- Sau 4 tuần có thể đo kính đọc sách.
- Theo dõi hậu phẫu sớm (1 tháng đầu): Thị lực, nhãn áp, vết mổ, Tyndall tiền phòng.
- Khám định kỳ 6 tháng đến 1 năm: thị lực, nhãn áp, khúc xạ.

LÉ BẨM SINH

1. Định nghĩa:

Lé là tình trạng hai mắt không thẳng hàng ở tư thế nguyên phát (nhìn thẳng về phía trước), một mắt lệch so với mắt còn lại.

Tùy theo cơ bị ảnh hưởng mà mắt lé có thể là lé trong, lé ngoài, hoặc lé đứng



2. Nguyên nhân:

- Lé xảy ra ở mọi lứa tuổi. Lé xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa các cơ vận nhãn do cơ hay thần kinh chi phối cho cơ.
- Lé bẩm sinh là khi trẻ sinh ra đã thấy lé hay lé xuất hiện trong giai đoạn dưới 6 tháng tuổi.
- Tật khúc xạ không được điều trị sớm và đúng cách.
- Các tổn thương ở não bộ và hóc mắt liên quan đến hệ thần kinh vận nhãn: u bướu, chấn thương, tai biến.
- Bệnh lý toàn thân: tiểu đường, cao huyết áp, Basedow.

3. Chẩn đoán:

Các dạng lé thường gặp:

- Lé trong điều tiết
- Lé trong bẩm sinh
- Lé ngoài từng lúc
- Lé 1 mắt + song thị (do liệt thần kinh vận nhãn)

4. Hậu quả của ló mắt không được điều trị sớm và đúng cách

- Nhược thị:

+ Nhược thị khi thị lực của một hay cả hai mắt giảm $< 8/10$.

+ Điều trị nhược thị cần được làm càng sớm càng tốt. Sau 6 tuổi điều trị phục hồi thị lực kém hiệu quả.

- Tư thế đầu bất thường: Nghiêng đầu, quay đầu sang bên phải hoặc bên trái...

- Mất thị giác hai mắt, không nhận định được chiều sâu gây giới hạn trong sinh hoạt và công việc, hạn chế trong chọn lựa nghề nghiệp.

- Ảnh hưởng tâm lý, thiếu tự tin khi đi học hay giao tiếp với bạn, đồng nghiệp.

5. Điều trị:

- Ló trong điều tiết: đeo kính viễn thị



- Ló trong bẩm sinh: mổ ló tốt nhất ở 18-24 tháng tuổi giúp phục hồi thị giác 2 mắt cho trẻ.

- Ló ngoài từng lúc:

+ Theo dõi mỗi 3-6 tháng, đeo kính nếu có tật khúc xạ

+ Nếu ló tăng mắt kiểm soát về mức độ, tần suất, hoặc đe dọa giảm / mất thị giác 2 mắt: phẫu thuật.

- Ló 1 mắt + song thị (do liệt thần kinh vận nhãn): cần chụp MRI sọ não – hóc mắt để loại trừ tổn thương não. Theo dõi khi bệnh ổn định 6 tháng trở lên mới có chỉ định mổ.

- Điều trị nhược thị (nếu có) bằng phương pháp che mắt.

6. Khám đánh giá bệnh và điều trị:

Khám mắt trước mổ: Đánh giá thị lực, tật khúc xạ, dạng lé, độ lé, vận nhãn, quy tụ, thị giác 2 mắt.

7. Phẫu thuật:

7.1. Mục đích:

- Đưa mắt về chính thị
- Giúp phục hồi thị giác 2 mắt
- Giải quyết rối loạn chức năng thị giác (song thị).
- Điều chỉnh tư thế đầu.

7.2. Chỉ định:

- Lé trong bẩm sinh: mô lé tốt nhất ở 18-24 tháng tuổi
- Lé ngoài từng lúc: Nếu lé tăng mất kiểm soát về mức độ, tần suất, hoặc đe dọa giảm / mất thị giác 2 mắt
- Lé 1 mắt + song thị: mô khi bệnh ổn định 6 tháng trở lên.

7.3. Khám đánh giá bệnh trước phẫu thuật:

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đo thị lực, nhãn áp.
- Bác sĩ điều trị khám bệnh, chẩn đoán bệnh.
- BS trưởng phó khoa khám, phân loại bệnh, duyệt mổ.

7.4. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm tiền phẫu.
- Xét nghiệm bổ sung nếu cần.

7.5. Cận lâm sàng:

- Siêu âm hốc mắt.

- Chụp CT-scan hoặc MRI sọ não – hốc mắt.
- Đo ECG.

7.6. Phẫu thuật:

- Bước 1: Nộp giấy tờ tại phòng 8.
- Bước 2: Khám tại 19, 20.
- Bước 3: Nhập viện tại phòng 23.
- Bước 4: Người bệnh và thân nhân sẽ được tư vấn: Phẫu thuật, chế độ ăn trước phẫu thuật và giải đáp thắc mắc.
- Bước 5: Đóng tiền mổ tại phòng số 8.
- Bước 6: Bệnh nhân được cho làm các xét nghiệm cần thiết tại phòng 16.
- Bước 7: Chuẩn bị trước mổ tại phòng 23. Người bệnh được NVYT đánh dấu mắt mổ, thay quần áo, mang băng tên, uống thuốc trước mổ.
- Bước 8: Người bệnh và người nhà sẽ được hướng dẫn đến khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức để thực hiện phẫu thuật.
- Bước 9: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng thuốc cũng như cách chăm sóc mắt, sinh hoạt, dinh dưỡng... tại phòng 23.
- Bước 10: Người bệnh sẽ được khám lại cấp giấy ra viện trước khi ra về vào lúc 7h30 ngày hôm sau tại phòng 23.

7.7. Điều trị, chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật:

7.7.1. Khám đánh giá bệnh và điều trị:

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Thay băng mắt mổ.
- BS phẫu thuật khám tình trạng mắt sau mổ, đánh giá thị lực, tình trạng vết mổ, tình trạng lé, vận nhãn.

7.7.2. Thuốc:

Thuốc giảm đau, kháng sinh, kháng viêm.

7.7.3. Sinh hoạt:

- Bình thường, nghỉ ngơi hợp lý, tránh nước vào mắt.
- Hạn chế xem điện thoại, ti vi.

7.7.4. Dinh dưỡng:

Chế độ ăn sau khi phẫu thuật có gây mê hoặc gây tê.

7.7.5. Dặn dò khi ra viện:

- Dùng thuốc theo toa và tái khám đúng hẹn.
- Theo dõi biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, ...
- Cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật,
- Xác định lại kế hoạch ra viện với bạn/gia đình/cơ sở điều trị.

QUẠM MI BẨM SINH

1. Định nghĩa:

Quặm mi dưới bẩm sinh chủ yếu do sự thừa nếp mô bao gồm cơ vòng mi và da dẫn đến lông mi bị cuộn vào trong gây cọ sát bề mặt nhãn cầu.

2. Triệu chứng:

- Triệu chứng cơ năng
 - Chảy nước mắt, hay dụi mắt, hay nheo mắt, đỏ mắt
- Triệu chứng thực thể
 - Quặm mi trên/ dưới: lông mi cuộn và trong, cọ sát vào giác mạc.
 - Viêm kết mạc
- Tổn thương biểu mô giác mạc
 - Biến chứng: sẹo giác mạc.

3. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm công thức máu
- Thời gian máu chảy, máu đông
- Định lượng Glucose
- Định lượng Creatinin

4. Phẫu thuật:

4.1. Trình tự tiến hành:

- Bước 1: Nộp giấy tờ tại phòng 8.
- Bước 2: Khám tại 19, 20.
- Bước 3: Nhập viện tại phòng 23.
- Bước 4: Người bệnh và thân nhân sẽ được tư vấn: Phẫu thuật, chế độ ăn trước phẫu thuật và giải đáp thắc mắc.
- Bước 5: Đóng tiền mổ tại phòng số 8.
- Bước 6: Bệnh nhân được cho làm các xét nghiệm cần thiết tại phòng 6.

- Bước 7: Chuẩn bị trước mổ tại phòng 23. Người bệnh được NVYT đánh dấu mắt mổ, thay quần áo, mang băng tên, uống thuốc trước mổ.
- Bước 8: Người bệnh và người nhà sẽ được hướng dẫn đến khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức để thực hiện phẫu thuật.
- Bước 9: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng thuốc cũng như cách chăm sóc mắt, sinh hoạt, dinh dưỡng... tại phòng 23.
- Bước 10: Người bệnh sẽ được khám lại cấp giấy ra viện trước khi ra về vào lúc 7h30 ngày hôm sau tại phòng 23.

4.2. Phẫu thuật:

Điều trị ngoại trú nếu trẻ dưới 3 tuổi chưa có dấu hiệu biến chứng

Chỉ định phẫu thuật nếu:

- Trẻ dưới 3 tuổi nhưng có biến chứng: Cân nhắc chỉ định phẫu thuật
- Trên 3 tuổi kèm triệu chứng giác mạc: phẫu thuật quặm.

4.3. Thuốc:

- Kháng sinh tại chỗ.
- Kháng sinh toàn thân
- Giảm đau
- Kháng viêm toàn thân

4.4. Chăm sóc sau phẫu thuật:

- Chườm đá sau mổ
- Khám mắt sau mổ: đánh giá thị lực, tình trạng vết mổ, tình trạng mi dưới sau mổ.
- Dùng thuốc theo toa và tái khám đúng hẹn.
- Theo dõi biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng,....
- Cắt chỉ da sau 1 tuần.
- Theo dõi mỗi 6 tháng quặm tái phát.

SỤP MI BẨM SINH

1. Nguyên nhân:

Sụp mí bẩm sinh chủ yếu do phần cơ (myogenic) của cơ nâng mí trên phát triển bất thường: xơ hóa và thâm nhiễm mỡ.

2. Chẩn đoán

Mức độ sụp mí

3. Khám đánh giá bệnh và điều trị:

Khám mắt trước mổ: Đánh giá thị lực, tình trạng sụp mí, chức năng cơ nâng mí, vận nhãn, dấu hiệu Bell.

4. Phẫu thuật:

4.1. Chuẩn bị hồ sơ trước phẫu thuật

- Khám tiền mê
- Khai thác tiền sử người bệnh.
- Kiểm tra hồ sơ

4.2. Phẫu thuật:

- Xác nhận lại thông tin người bệnh.
- Phẫu thuật sụp mí: dựa vào chức năng cơ nâng mí chỉ định:
 - + Cắt ngắn cơ nâng mí.
 - + Treo Silicon
 - + Treo mí vào vạt cơ trán.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.

4.3. Thuốc

- **Thuốc nhỏ:** Nước mắt nhân tạo, kháng sinh.
- **Thuốc tra:** Kháng sinh
- **Thuốc uống:** Kháng sinh và kháng viêm toàn thân, giảm đau

5. Điều trị, chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật:

5.1. Khám đánh giá bệnh và điều trị:

- Chườm đá sau mổ
- Khám mắt sau mổ: đánh giá thị lực, tình trạng vết mổ, tình trạng hờ mi, nhãn cầu.

5.2. Sinh hoạt

- Tránh vận động mạnh, tránh dụi mắt.
- Tránh nước vào mắt ít nhất 10 ngày sau mổ .
- Nghỉ ngơi hợp lý, giữ vệ sinh vết mổ.

5.3. Dinh dưỡng: Chế độ ăn sau khi phẫu thuật có gây mê hoặc gây tê

5.4. Truyền thông cho người bệnh:

- Thông tin về các loại thuốc được dùng.
- Cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật, chườm đá, tập nhắm mắt, che mắt khi ngủ.
- Sự hồi phục bình thường và dấu hiệu cần báo bác sĩ
- Xem lại hướng dẫn khi ra viện; đơn thuốc về nhà;
- Tái khám đúng hẹn.

5.5. Dặn dò khi ra viện

- Dùng thuốc theo toa và tái khám đúng hẹn.
- Theo dõi biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, ...
- Cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật, chườm đá, tập nhắm mắt, che mắt khi ngủ.
- Xác định lại kế hoạch ra viện với bạn/gia đình/cơ sở điều trị sắp đến.
- Cấp đơn thuốc và giấy xuất viện, hẹn tái khám.

BỆNH GLÔCÔM KÈM ĐỤC THỦY TINH THỂ

1. Định nghĩa

- **Glôcôm (cườm nước):** Là một nhóm bệnh gây tổn thương dây thần kinh thị giác, thường liên quan đến áp lực trong mắt (nhãn áp) tăng cao. Nếu không điều trị, glôcôm có thể dẫn đến mù vĩnh viễn.

- **Đục thủy tinh thể (cườm khô):** Là tình trạng thủy tinh thể trong mắt bị mờ đục, làm giảm khả năng nhìn rõ, thường xảy ra do lão hóa hoặc các yếu tố như bệnh lý, chấn thương, dùng thuốc lâu dài (ví dụ corticoid).

- **Vì sao có thể mắc cả hai bệnh cùng lúc:** Người lớn tuổi có thể đồng thời bị glôcôm và đục thủy tinh thể vì:

+ Cả hai đều phổ biến ở người lớn tuổi.

+ Đục thủy tinh thể có thể làm tang nguy cơ mắc glôcôm góc đóng do đẩy mống mắt ra trước, làm hẹp góc tiền phòng- nơi thoát dịch trong mắt.

2. Triệu chứng thường gặp:

2.1. Glôcôm

- Mờ mắt dần dần
- Nhức mắt, đau đầu
- Nhìn thấy quầng sáng quanh đèn
- Thu hẹp tầm nhìn (giảm thị trường)

2.2. Đục thủy tinh thể

- Nhìn mờ, nhòe như có sương
- Nhạy cảm với ánh sáng
- Thấy màu sắc nhạt đi
- Cần ánh sáng mạnh hơn để đọc sách

3. Điều trị khi mắc cả hai bệnh

- Ưu tiên kiểm soát glôcôm trước: hạ nhãn áp bằng thuốc, laser hoặc phẫu thuật

- Sau đó có thể kết hợp phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục (nếu cần).

Có thể điều trị kết hợp cả hai bệnh trong một lần phẫu thuật nếu:

+ Glôcôm đã được kiểm soát ổn.

+ Đục thủy tinh thể làm giảm thị lực nghiêm trọng.

4. Phẫu thuật điều trị

- Phẫu thuật lấy thủy tinh thể (Phaco) kết hợp đặt kính nội nhãn

- Có thể phối hợp phẫu thuật glôcôm như cắt bè cứng mạc, đặt van dẫn lưu...

5. Chăm sóc sau mổ

- Dùng thuốc nhỏ mắt đúng chỉ dẫn để giảm viêm, kiểm soát nhãn áp.

- Tái khám đúng lịch để bác sĩ theo dõi diễn tiến bệnh.

- Tránh khom người, mang vác nặng, dụi mắt.

- Đeo kính bảo vệ mắt, tránh bụi, gió.

- Báo ngay cho Bác sĩ nếu có dấu hiệu: Đỏ mắt, đau, giảm thị lực đột ngột.

6. Lời khuyên:

- Khám mắt định kỳ, đặc biệt nếu trên 40 tuổi.

- Điều trị theo đúng hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa mắt.

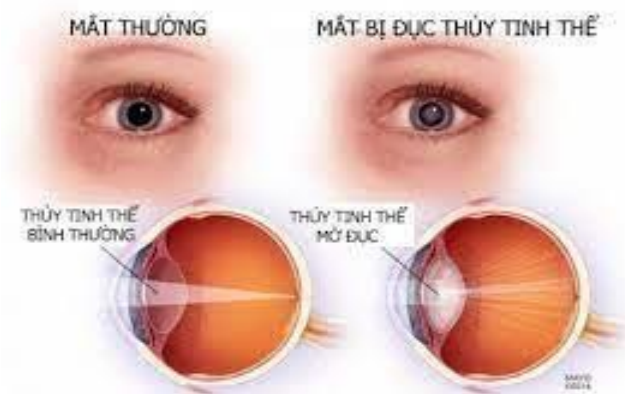
- Không tự ý ngưng thuốc hay đổi loại thuốc nhỏ mắt hạ nhãn áp đang dùng.
- Giữ sức khỏe toàn thân tốt (kiểm soát huyết áp, tiểu đường)

BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH

I. Bệnh đục thể thủy tinh

1. Định nghĩa

- Thể thủy tinh (TTT) là một thấu kính trong suốt hai mặt lồi trong nhãn cầu, chức năng của thể thủy tinh là tham gia vào quá trình điều tiết và hội tụ các tia sáng trên võng mạc, giúp mắt nhìn rõ vật.



- Đục thể thủy tinh (ĐTTT) là hiện tượng mờ đục của thể thủy tinh, cản trở không cho các tia sáng đi qua, làm cho thị lực người bệnh suy giảm dẫn đến mù lòa.



2. Chẩn đoán

- ĐTTT người già.
- ĐTTT liên quan đến các bệnh tại mắt: cận thị, chấn thương, viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật glôcôm, sau phẫu thuật nội nhãn, ...
- ĐTTT liên quan đến các bệnh toàn thân: đái tháo đường, các bệnh lý có hội chứng giả bong bao, sử dụng corticosteroid lâu ngày....
- Ngoài ra còn gặp ĐTTT bẩm sinh ở trẻ em do các bệnh lý trong quá trình mang thai hoặc yếu tố di truyền.

3. Điều trị:

- Phẫu thuật lấy TTT trong bao (Intra – Capsular Cataract Extraction - ICCE).
- Phẫu thuật lấy TTT ngoài bao (Extra – Capsular Cataract Extraction - ECCE)
- Phẫu thuật phaco (Phacoemulsification).

II. Phẫu thuật:

1. Chuẩn bị hồ sơ trước phẫu thuật

1.1. Khám đánh giá và điều trị:

- Khám bán phần trước nhãn cầu, kết mạc, giác mạc, đánh giá độ đục, dây Zinn.
- Khám đáy mắt.
- Tư vấn, giải thích các phương pháp phẫu thuật, giải đáp thắc mắc.

1.2. Xét nghiệm, cận lâm sàng

- Công thức máu, đường huyết, TS – TC,
- Siêu âm mắt A-B, IOL Master.
- Đếm tế bào nội mô, trường hợp đặc biệt BS cho chỉ định thêm.

2. Trình tự tiến hành

- Bước 1: Nộp giấy tờ tại Phòng 201.
- Bước 2: Người bệnh sẽ được BS khám duyệt trước mổ tại phòng 202.
- Bước 3: Chuẩn bị trước mổ: Người bệnh được NVYT nhỏ thuốc giãn đồng tử, đeo băng tên tại phòng 202, vệ sinh mắt tại phòng 203.
- Bước 4: Nhận thuốc, Đóng tiền tạm ứng mổ và nộp lại tờ tạm ứng tại Phòng 201.
- Bước 5: NVYT sẽ hướng dẫn người bệnh về phòng nằm nghỉ và gọi tên đi mổ theo giờ (gọi bằng loa).
- Bước 6: Người bệnh và người nhà sẽ được hướng dẫn cách sử dụng thuốc cũng như cách chăm sóc mắt, sinh hoạt, dinh dưỡng, tái khám tại Phòng 201.
- Bước 7: Người bệnh sẽ được thay băng vào sáng hôm sau tại phòng 203. khám lại vào sáng cùng ngày, tại Phòng 202.
- Bước 11: Sau mổ người bệnh và người nhà thanh toán tiền viện phí, cấp Giấy ra viện tại Phòng 203 và xuất viện vào lúc 10- 11h cùng ngày.

III. Điều trị, chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật:

1. Chăm sóc ngày phẫu thuật

1.1. Thuốc

- Thuốc uống: uống thuốc hạ nhãn áp trước mổ và sau mổ (nếu bác sĩ chỉ định)
- Thuốc nhỏ: thuốc dẫn đồng tử (Thuốc nhỏ Mydrin P).
- Kháng sinh Cravit 1.5% hoặc Vigamox 0.5% nhỏ trước và sau mổ.
- Kháng viêm Prednisolone aceatate (Prefort 1%), hoặc kháng sinh kèm corticoid nhỏ sau mổ

1.2. Sinh hoạt:

- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động.
- Ăn uống bình thường không kiêng cử. Thức ăn nhẹ, dễ tiêu, bổ dưỡng:

cháo, sữa, súp...

- Ăn theo chế độ bệnh lý nếu bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm: CHA, ĐTĐ....

2. Chăm sóc sau phẫu thuật:

1.1. Thuốc:

- Rửa tay sạch trước khi thay băng, nhỏ thuốc.
- Không để nước bắn chảy vào mắt (do vết mổ chưa đóng kín từ 3 tuần đến 1 tháng).
- Uống thuốc và nhỏ mắt đúng cách, đúng thuốc theo toa BS.
- Có thể dùng các thuốc nội khoa khác đang điều trị như tiểu đường, huyết áp, Parkinson...

1.2. Dinh dưỡng:

- Thức ăn dễ tiêu, bổ dưỡng không kiêng cử.
- Ăn đủ chất, ăn nhiều trái cây (Cam, chuối, đu đủ,...)
- Tránh nhai mạnh.
- Tránh ăn những thức ăn dễ gây dị ứng, khó tiêu (tôm, cua, cá biển,...)
- Ăn theo chế độ bệnh lý nếu bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm: CHA, ĐTĐ....

- Tránh táo bón.

1.3. Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi:

*** Trong thời gian một tháng sau mổ tuyệt đối:**

- Không nên làm việc nhiều bằng mắt sau khi mổ: vi tính, đọc sách...
- Không dụi mắt, không để nước vào mắt.
- Không đi bơi, tắm biển, trang điểm đậm vùng mắt hoặc sử dụng mascara trong 3 tháng sau mổ.
- Không thay đổi tư thế đột ngột: cúi mặt, đứng lên ngồi xuống đột ngột.

- Không làm việc quá mức và mang vác nặng sau mổ.
- Thể dục nhẹ nhàng sau mổ 1 tháng; thể dục nặng hoặc đối kháng sau mổ 3 tháng.
- Tránh hút thuốc, uống rượu.

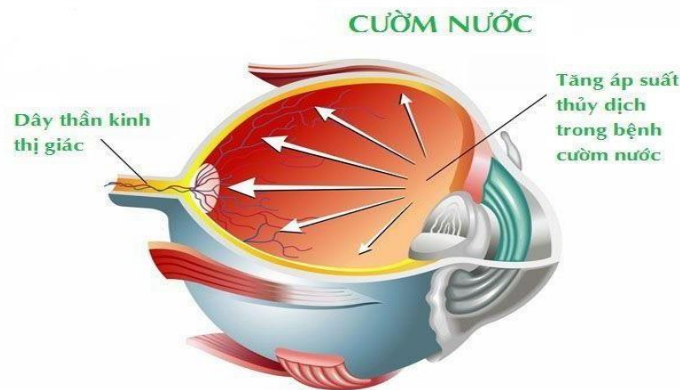
3. Theo dõi, tái khám:

- Tái khám sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng theo hẹn của bác sỹ.
- Nếu có các dấu hiệu bất thường ở mắt phải đi tái khám ngay mà không cần phải đợi ngày tái khám: nhức mắt, mờ mắt đột ngột, mắt bị chấn thương.
- Sau 4 tuần có thể đo kính đọc sách.
- Theo dõi hậu phẫu sớm (1 tháng đầu): Thị lực, nhãn áp, vết mổ, Tyndall tiền phòng.
- Khám định kỳ 6 tháng đến 1 năm: thị lực, nhãn áp, khúc xạ.

BỆNH GLÔCÔM

1. Định nghĩa:

Bệnh Glôcôm (thiên đầu thống, cườm nước) Là bệnh gây chết tế bào hạch võng mạc làm tổn thương thị thần kinh ảnh hưởng đến thị trường. Tăng nhãn áp là yếu tố nguy cơ nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, mắt sẽ bị mù vĩnh viễn.



2. Các dạng bệnh Glôcôm

- Glôcôm góc mở nguyên phát, thứ phát.
- Glôcôm góc đóng nguyên phát, thứ phát.
- Glôcôm trẻ em.

3. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh glôcôm

- Người trên 40 tuổi.
- Gia đình có người thân bệnh glôcôm (cha mẹ, ông bà, anh chị em ruột).
- Có cận thị, viễn thị nặng.
- Người dùng thuốc có chứa corticoid.
- Người mắc bệnh tiểu đường, cao huyết áp,...
- Mắt có tiền căn chấn thương, đục thể thủy tinh không được phẫu thuật kịp thời,...

4. Triệu chứng

- Bệnh thường không có triệu chứng ở giai đoạn đầu, khi bệnh nặng có thể gây mờ mắt.

- Nhức mắt, nhức quanh mắt, nhức đầu.

- Khi nhãn áp tăng cao có thể thấy cầu vồng hoặc quầng sáng xung quanh đèn sáng.

5. Khám chẩn đoán bệnh.

- Thị lực thường không giảm, chỉ giảm khi ở giai đoạn nặng.

- Nhãn áp thường tăng trên 21mmHg.

- Khám gai thị đánh giá mức độ tổn thương thị thần kinh.

- Thị trường bị thu hẹp trong giai đoạn nặng.

6. Chẩn đoán hình ảnh

Bệnh nhân được chỉ định làm các chẩn đoán hình ảnh:

- Chụp OCT.

- Đo thị trường.

- Chụp ảnh màu gai thị

- Đo độ dày giác mạc

7. Điều trị

Có 3 phương pháp điều trị:

- Điều trị thuốc hạ nhãn áp.

- Điều trị laser.

- Phẫu thuật.

Tuỳ loại bệnh glôcôm và mức độ nặng mà bệnh nhân có thể được chỉ định điều trị thuốc hoặc phối hợp các phương pháp điều trị.

Mỗi bệnh nhân sẽ có phác đồ điều trị phù hợp với tình trạng bệnh và theo dõi bệnh suốt đời.

8. Phòng ngừa và theo dõi

- Nên đi khám mắt định kỳ, đặc biệt sau tuổi 40, nhất là những người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh glôcôm.

- Tuân thủ điều trị nếu đã được chẩn đoán glôcôm

- Không tự ý ngưng thuốc

Báo ngay với Bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường về mắt.

9. Chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng

- Ăn đầy đủ chất dinh dưỡng.

- Không thuốc lá, rượu bia.

- Sinh hoạt phù hợp với lứa tuổi, tránh lo âu, phiền muộn.

Điều trị các bệnh toàn thân đi kèm ổn định.

10. Lưu ý:

- Bệnh Glôcôm không thể chữa khỏi hoàn toàn , chỉ có thể kiểm soát

- Bệnh nhân cần tuân thủ điều trị suốt đời.

ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỤC THỦY TINH THỂ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT PHACO

Chuẩn bị trước phẫu thuật

- **Xét nghiệm:** CTM, TS, TC, cholesteron máu, creatinin máu, Glucose máu, siêu âm+ đo trục nhãn cầu, đo javal, đo tính công suất thủy tinh thể nhân tạo.
- **Nhỏ thuốc** kháng sinh 4lần trước mổ 1h
- **Hai giờ trước mổ:** uống 2 viên Acetazolamid 250mg+ 1 viên kaldyum 600mg.
- **Một giờ trước mổ:** Nhỏ Mydriacyl 1% và Neosynephryl 10%.

Chăm sóc mắt sau mổ

- Băng che mắt theo hướng dẫn của bác sỹ điều trị.
- Tra thuốc vào mắt đã được mổ trong ngày phẫu thuật (theo chỉ định của Bác sỹ)
- Không nằm nghiêng về phía bên mắt mổ.
- Tránh dụi mắt hoặc va chạm vào mắt trong 4 tuần đầu.
- Không đi bơi, không để nước vào mắt khi gội đầu trong 4 tuần đầu.
- Bạn có thể nằm gội đầu bằng cách nằm nghiêng đầu một chút ra phía sau.

Chế độ sinh hoạt

Những việc nên làm

- Có thể đọc sách báo, xem ti vi tập thể dục nhẹ nhàng
- Có thể đi ra ngoài nhưng cố gắng tránh những nơi đông người và bụi bẩn
- Mang kính bảo hộ hay kính râm để hạn chế bụi bẩn

Những việc không nên làm

- Không nâng vật nặng
- Không cúi gập người ra trước, tránh lắc đầu mạnh và tập thể thao như yoga, chạy bộ...
- Tránh ho và hắt hơi quá mạnh. Tránh táo bón

Sau 1 tháng những hoạt động sinh hoạt cá nhân trở về bình thường.

Thuốc sau mổ

- Thuốc giảm đau, thường dùng dưới dạng viên uống.
- Các thuốc hạ nhãn áp theo chỉ định của phẫu thuật viên.
- Các thuốc điều trị bệnh toàn thân khác nếu có, cần được tiếp tục.
- Các thuốc tra tại chỗ:

Kháng sinh – Steroids dùng phối hợp hoặc riêng rẽ, theo sự hướng dẫn của bác sỹ,

có thể dùng tra mắt sau 1 tháng. Nếu có từ 2 loại thuốc trở lên thì các loại thuốc nhỏ nên cách nhau trên 5 phút. Các kháng sinh hay steroids toàn thân thường không cần dùng.

Theo dõi sau mổ

Khám mắt lần đầu vào buổi sáng ngày đầu tiên sau mổ

- Tái khám lần 1 sau mổ 1 tuần
lần 2 sau mổ 1 tháng
lần 3 sau mổ 3 tháng
- Đo khúc xạ lại sau 1 tháng trong trường hợp cần cung cấp kính.

Tái khám đúng hẹn là bước chăm sóc mắt rất quan trọng vì có những biến chứng khó phát hiện, chỉ gây khó chịu hoặc làm giảm thị lực để bệnh nhân tự phát hiện được thì đã quá muộn. Vì vậy, cách duy nhất để phát hiện sớm biến chứng và được điều trị kịp thời là **đến tái khám đúng hẹn, kể cả khi không thấy những cảm giác khó chịu hoặc nhìn mờ.**

Cần phải đi khám ngay nếu như bạn cảm thấy:

- Đau nhức mắt dữ dội.
- Mắt sưng, đỏ, chảy dịch nhiều ghèn ở mắt phẫu thuật.
- Giảm thị lực đột ngột.