

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỤC THỦY TINH THỂ

I. Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm, mắt không đau nhức, không cương tụ, không có dấu hiệu viêm.
- Cảm giác lóa mắt khi bị ánh đèn pha trước mặt

Các nguyên nhân gây đục thủy tinh thể:

- + Đục thủy tinh thể do tuổi già
- + Đục thủy tinh thể do bệnh lí
- + Đục thủy tinh thể do chấn thương

II. Điều trị:

1. Thuốc: Hiện nay vẫn chưa có loại thuốc làm chậm lại ,phòng ngừa hay làm đảo ngược sự phát triển của đục thủy tinh thể.

Thường được dùng các vitamine C , E

2. Phẫu thuật.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

- Là trạng thái bệnh lý do sự viêm nhiễm của mống mắt, thể mi hoặc cả mống mắt và thể mi, màng bồ đào sau hay toàn bộ màng bồ đào.
- Thường gặp ở tuổi 20-50.
- Nhiều yếu tố gây bệnh, nguyên nhân từ hệ thống miễn dịch (HLA), qua trung gian tế bào, yếu tố nội tiết...

I. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Nhìn mờ
- Đau nhãn cầu
- Sợ ánh sáng

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa ,xung huyết.
- Phù nề giác mạc
- Tủa fibrine sau giác mạc hoặc tiền phòng
- Đồng tử co nhỏ, có mũ tiền phòng
- Dính mống mắt và mặt trước thủy tinh thể
- Phản ứng thể mi (+)
- Nhãn áp trong giai đoạn đầu thường thấp thoáng qua, có thể tăng lên trong đợt viêm cấp.

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm kết mạc cấp:

- Không giảm thị lực
- Cương tụ kết mạc, có nhiều chất tiết
- Không đau, không phản ứng thể mi
- Phản xạ đồng tử bình thường.

2. Glaucoma góc đóng cấp:

- Giảm thị lực nhanh, nhiều.
- Nhức nửa đầu và vùng hốc mắt bị bệnh.
- Đồng tử dẫn méo.
- Tiền phòng nông.
- Nhãn áp tăng.

III. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, VS, VDRL.
- XQ phổi.

IV. Điều trị:

1. Thuốc nhỏ mắt:

- Chống viêm bằng corticoid: Col Maxidex, Maxitrol, Predfort...

- VMBĐ nhẹ: Nhỏ 3-4 lần /ngày x 5 ngày
 - VMBĐ nặng: Nhỏ 6-12 lần /ngày x5 ngày
- Sau đó giảm liều dần phụ thuộc vào đáp ứng, giảm 50 %

2. Tiêm tại chỗ:

Khi có viêm nặng không đáp ứng thuốc nhỏ:

- Celesten 4mg/1ml tiêm dưới kết mạc x 3-5 ngày
- Destencynl 0.5mg tiêm dưới kết mạc 1-2 lần /tuần.

3. Dùng đường toàn thân uống hoặc tiêm:

Chỉ định khi: VMBĐ nặng không đáp ứng thuốc nhỏ và tiêm tại chỗ:

Prednisolone 5mg 1-1,5mg/kg/ngày x 7-14 tuần.

Giảm liều khi có đáp ứng (Giảm 5-10 mg/tuần) khi còn 10 mg/ngày thì ngưng.

Nếu điều trị dưới 14 ngày không cần giảm liều corticoid toàn thân.

4. Điều trị biến chứng:

- Chống dính: Col Atropine 1% 1 giọt /ngày
- Giảm đau: Paracetamol 0,5g 1 viên x2 ngày

VI. Theo dõi:

Các triệu chứng cơ năng và thực thể, kèm theo khám định kỳ 1 tháng hoặc 3 tháng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. Nguyên nhân:

- Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc ít gặp hơn nguyên nhân do vi khuẩn.
- Chấn thương giác mạc do cây cối hoặc chất liệu thực vật là yếu tố nguy cơ hàng đầu.
- Gồm: Nấm men và nấm sợi

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cộm, xốn mắt, chói mắt
- Đau nhức, đỏ mắt
- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng. Có cảm giác dị vật.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa, tiết rửa dịch mũ nhày
- Giác mạc: Thâm nhiễm có vờ khô, màu trắng xám, bờ loét bờm xờm hoặc sợi nhỏ, làm bề mặt giác mạc nhô lên cao. Đôi khi có những ổ thâm nhiễm xung quanh, thường kèm theo 1 mảng ở nội mô.
- Tiền phòng có mũ. Khi viêm loét giác mạc tiến triển, mũ càng trở nên nhiều và những tổn thương có thể giống như viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm loét giác mạc do vi khuẩn:

- Tiến trình cấp diễn hơn trong từng giờ.
- Đáp ứng tốt với kháng sinh mạnh nhỏ mắt.

2. Viêm loét giác mạc do Herpes Simplex:

- Thường mắt bị bệnh trước đây đã có nhiều đợt đau
- Thấy hình cành cây trên bề mặt giác mạc rất điển hình

3. Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba:

Thâm nhiễm nhu mô, rất đau, xảy ra ở mắt đeo kính tiếp xúc mềm ít chịu làm vệ sinh kính, thâm lậu có hình vòng nhẫn.

IV. Điều trị:

- Khi nghĩ đến nấm phải lấy chất nạo ở đáy ổ loét nhuộm Giemsa.
- Thông thường các thâm lậu loét giác mạc không rõ căn nguyên đều được điều trị như bị nhiễm khuẩn đến khi có kết quả xét nghiệm nấm.

- + Nhỏ Natamycine 5% 1-2 h / lần.
- + Thuốc liệt thể mi :Col Atropine 1% hoặc Scopolamine 0.25 % 3 lần /ngày.
- + Không dùng Steroide tại mắt
- + Không được băng kín mắt.

Nếu điều trị không hiệu quả, tình trạng xấu đi hoặc tổn thương sâu vào nhu mô thì thêm thuốc như sau:

- + Amphotericin B 0,15 % nhỏ mắt 1h / lần
- + Ketoconazole 0,2g -0,6g 1 lần / ngày: nấm sợi
- + Fluconazole 0,2 g-0,4 g / ngày: nấm men
- + Miconazole hoặc Clotrimazole 1% nhỏ 1h /l ần: Nấm Aspergillus
- Nếu điều trị tối đa bằng thuốc mà bệnh vẫn tiến triển: Ghép giác mạc.
- Nếu dọa thủng hoặc thủng : ghép giác mạc để điều trị hoặc bảo vệ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO HERPES

I. Nguyên nhân:

- Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc hàng thứ 3 ở nước ta, và cũng là nguyên nhân gây ghép giác mạc cao
- Bệnh biểu hiện lâm sàng bắt đầu từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 9 sau khi nhiễm bệnh
- Biểu hiện ở 04 hình thái:
 - + Viêm giác mạc biểu mô
 - + Viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa
 - + Viêm giác mạc nhu mô hoại tử
 - + Viêm giác mạc màng bồ đào

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cộm, xốn mắt, chói mắt
- Đau nhức, đỏ mắt

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa
- Giác mạc có những tổn thương dạng chấm, sợi, hoặc sao. Sau đó ở trung tâm ổ loét tạo thành hình cành cây bắt màu fluorescein. Nếu muộn hơn thì vết loét thành hình bản đồ, hình amib.
Khi lành bệnh trên bề mặt giác mạc vẫn còn để lại bóng mờ hình cành cây và mất dần đi
- Tiền phòng không có mủ

III. Điều trị:

- Nếu viêm giác mạc nông:
Pomade Zovirac 3% (Acyclovir) tra 5 lần /ngày x 02 tuần
- Nếu viêm giác mạc sâu:
 - + Tra Pomade Acyclovir 3% 5 lần /ngày x 2 tuần
 - + Uống Acyclovir 0,2 g 5 viên /ngày x 10 ngày
- Nếu sau điều trị 01 tuần mà tổn thương không thay đổi thì nghĩ tới khả năng kháng thuốc, phải đổi thuốc hoặc nạo biểu mô quanh ổ loét.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG MẮT

I. Khái niệm:

- Là những tổn thương xảy ra cho các cấu trúc của nhãn cầu từ giác mạc đến thần kinh thị do chấn thương đụng dập trực tiếp bởi các vật tồ hoặc gián tiếp do chấn thương đầu

- Thường là đa chấn thương ở mắt gồ : tổn thương nhãn cầu, tổn thương mi , mô hốc mắt, lệ bộ hoặc vỡ thành hốc mắt

II. Máu tiền phòng do sang chấn:

1. Triệu chứng:

- Nhìn mờ, đau nhức
- Thị lực giảm, nhãn áp tăng, tiền phòng có máu

2. Xử trí:

- Máu tiền phòng <1mm, thị lực >7/10:
 - + kiểm tra đáy mắt
 - + điều trị ngoại trú
- Máu tiền phòng >1mm:
 - + Nhập viện, siêu âm nội nhãn
 - + Nhỏ mắt: Col. Chloramphenicol 0,4 % 3lần /ngày
 - Col Atropin 1% 1lần /ngày
 - + Thuốc uống: Giảm đau
 - Chống viêm
 - Tan máu
 - An thần
 - + Uống nhiều nước, nằm đầu cao
- Máu tiền phòng + nhãn áp cao:
 - Uống Acetazolamide 0,25g 3 lần/ ngày
- Theo dõi:
 - + Máu rút: Tiếp tục điều trị chờ máutiêu hết
 - + Sau 7 ngày, máu không tiêu hoặc còn 4-5 mm hoặc nhãn áp cao:
 - Chọc rửa tiền phòng
 - Điều trị thuốc tiếp
 - Theo dõi thị lực, nhãn áp

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH GLAUCOMA CẤP

I. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau nhức ở mắt và nửa đầu.
- Nhìn thấy nhiều vòng màu.
- Mắt mờ giống như sương mờ che phủ.
- Buồn nôn, ói mửa.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa
- Giác mạc phù
- Đồng tử dẫn méo
- Tiền phòng nông
- Nhãn áp cao
- Thị lực giảm

II. Điều trị:

- Thuốc uống: Acetazolamide 0,25g 1 viên x 2 lần hoặc 2 viên x 2 lần/ngày
Kaleoride 0,6g, 1 viên/ngày
Paracetamol 0,5g, 1 viên x 2 lần/ngày
- Thuốc nhỏ: Col. Timolol 0,5%, 2 lần/ngày
Col. Pilocarpin 2%, 01 giọt/30 phút

Nếu có phản ứng viêm có thể nhỏ thêm Col. Predfort 1% mỗi giờ.

Nếu nhãn áp quá cao:

- + Truyền Manitol 20% 1g/kg cân nặng truyền nhanh 60 – 100 giọt/phút.
- + Hoặc tiêm Diamox 500mg tiêm tĩnh mạch.

Đo lại nhãn áp nếu giác mạc trong, đồng tử có phản xạ, soi góc:

- ⇒ Góc đóng < 180 độ: Cắt mỏng mắt chu biên bằng lazer.
- ⇒ Góc đóng > 180 độ: Phẫu thuật cắt bè củng mạc.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BỆNH TẮT ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm đột ngột, có khi sáng tối (-)
- Mắt phản xạ ánh sáng, võng mạc phù trắng, động mạch co nhỏ, hoàng điểm đỏ anh đào.
- Nếu tắc nhánh mi – võng mạc, chỉ thấy phù võng mạc vùng gai thị- hoàng điểm

II. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm máu: CTM ,đường huyết ,VS
- Khám nội tim mạch
- Siêu âm Doppler ĐM cảnh
- Chụp mạch huỳnh quang

III. Điều trị:

Là một cấp cứu nhãn khoa, cấp cứu trong 24 h đầu:

- Xoa bóp nhãn cầu
- Thở Oxy (95% O₂ +5% CO₂) trong 10 phút mỗi 2h trong 48 h
- Acetazolamide 0,25 g 1viên x 2
- Điều trị hỗ trợ: Thuốc dẫn mạch, tăng cung cấp O₂ cho võng mạc (Duxil, Vastarel, Tanakan...)
- Dẫn dò bệnh nhân dự phòng mắt thứ 2.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

I. Yếu tố thuận lợi:

- Tuổi thường gặp dưới 40 tuổi, 80 % bệnh nhân bị ở hai mắt.

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Giảm thị lực
- Cảm giác ruồi bay

2. Triệu chứng thực thể:

- Dịch kính có dạng “nấm tuyết”
- Thành tĩnh mạch có viền trắng gọi là hiện tượng “lồng bao”.
- Hông điễm phù

III. Điều trị: khi thị lực < 5/10

- Corticoid tiêm tại chỗ:

Methylprednisone 40 mg tiêm cạnh cầu 1-2 tháng. Nếu diễn tiến không thêm thì giảm liều.

- Corticoide toàn thân :

- + Khi diễn tiến không khá hơn sau 3 liều tiêm tại chỗ
- + Khi bệnh cả hai mắt

Prednisolone 1- 1,5 mg /kg /ngày x 4 -6 tuần

Giảm liều dần tùy đáp ứng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN

I. Nguyên nhân:

Thường do vi khuẩn Gram (+): Tụ cầu, liên cầu. Hoặc Gram (-). Là nguyên nhân thường gặp và việc điều trị thường ít gặp khó khăn.

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau, cộm xốn mắt.
- Bông rớt, nhiều tiết tố làm khó mở mắt vào buổi sáng khi thức dậy.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, đóng vẩy khô.
- Kết mạc cương tụ đỏ rõ ở cùng đồ nhạt vùng rìa. Nếu nặng có xuất hiện màng giả.
- Giác mạc ít thâm nhiễm

III. Điều trị:

1. Vệ sinh mắt:

- Lau mắt bằng nước sạch, khăn sạch . Không dùng chung khăn với người khác
- Tay luôn giữ sạch sẽ
- Đội rửa mắt thường xuyên để loại bỏ tiết tố và vi khuẩn gây bệnh.

2. Thuốc nhỏ mắt:

- Thường dùng kháng sinh phổ rộng như: Col Chloramphenicol 0.4 %, hoặc nhóm Aminoglycoside (col Tobramycine 0.3 %..).
- Điều trị triệu chứng kèm theo.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO VIRUS

I. Nguyên nhân:

Thường do Adenovirus, Entervirus ... và hay phát triển thành dịch.

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau, cộm xốn mắt.
- Tăng tiết dịch, thường dịch trong, vàng.
- Đỏ mắt.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, nặng hơn là phù cả tổ chức quanh hố mắt.
- Kết mạc cương tụ nhiều, phù nề kết mạc cùng đồ.
- Có thể có xuất hiện màng giả.
- Xuất hiện ở 01 mắt, sau 2,3 ngày lan sang mắt còn lại.

3. Triệu chứng toàn thân:

- Sốt 38-39 độ
- Đau họng, sờ có hạch dưới tai, đau.
- Người có cảm giác mệt mỏi.

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm móng mắt:

- Kết mạc cương tụ rìa.
- Phản xạ đồng tử kém.
- Phản ứng thể mi (+).
- Đau nhức mắt, thị lực giảm.

2. Glaucoma cấp:

- Kết mạc cương tụ quanh rìa.
- Giác mạc mờ.
- Đồng tử dẫn méo, mất phản xạ ánh sáng.
- Thị lực giảm, đau nhức nửa đầu và mắt.

3. Viêm loét giác mạc:

- Kết mạc cương tụ quanh rìa.
- Giác mạc mờ, có ổ loét trên giác mạc.
- Thị lực giảm.

IV. Điều trị:

Chủ yếu điều trị triệu chứng và nâng đỡ thể trạng.

1. Vệ sinh mắt:

- Lau mắt bằng nước sạch, khăn sạch. Không dùng chung khăn với người khác.

- Tay luôn giữ sạch sẽ.

2. Thuốc nhỏ mắt:

- Không có thuốc đặc trị.

- Nhỏ nước mắt nhân tạo 4-6 lần /ngày.

- Cộm xốn mắt dùng thuốc kháng histamine: Naphazoline ,Pheniramine...4 lần /ngày. Có thể dùng kháng viêm Steroid như: FML hoặc prednisolon 1% nhỏ 1-2 lần /ngày trong tuần đầu.

- Nếu kết mạc có bội nhiễm vi khuẩn thì dùng thêm kháng sinh chống bội nhiễm.

V. Theo dõi và phòng bệnh:

- Trong viêm kết mạc do virus, 4-7 ngày đầu sau khi bệnh khởi phát, tình trạng rất tồi tệ . Sẽ tự rút lui sau 02 tuần nếu không có biến chứng đặc biệt.

- Cần khám lại sau 1-3 tuần.

- Rất dễ lây, rửa tay khi sờ vào mắt. Không tắm hồ bơi, không đến trường, không đến cơ quan làm việc...

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

I. Nguyên nhân:

- Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc hàng đầu ở nước ta, gồm :
 - Thời tiết nóng ẩm
 - Chấn thương nông nghiệp , công nghiệp , sinh hoạt..
 - Hở mi

II. Triệu chứng lâm sàng :

1. Triệu chứng cơ năng :

- Cộm, xốn mắt, chói mắt, tăng tiết nước mắt
- Đau nhức nhiều

2. Triệu chứng thực thể :

- Mi phù nề
- Kết mạc cương tụ rìa
- Giác mạc có ổ loét ở giữa, xuất tiết mũ nhầy bản màu trắng vàng thường do trực khuẩn màu xanh)có abscess vòng ở chu vi cách ổ loét 01 vòng giác mạc hơi trong. Hoặc ổ loét màu trắng vàng với mật độ đậm đặc trong nhu mô, giác mạc xung quanh còn trong, không thâm lậu.
- Tiền phòng có mũ.

III. Cận lâm sàng:

Lấy dịch ổ loét làm kháng sinh đồ, nhuộm Gram

IV. Điều trị:

- Rửa mắt ngay bằng nước sạch khi có bụi vào mắt
- Thuốc liệt thể mi: Col Atropin 1 % x 2 l ần /ngày
- Nếu làm kháng sinh đồ thì dùng thuốc nhỏ mắt theo kháng sinh đồ
- Chưa có xét nghiệm đặc hiệu thì dùng kháng sinh phổ rộng:
 - Col Cebemycine (Neomycine + Polycine B) 01 giọt x10 lần
 - Có thể phối hợp với nhóm Aminoglycoside (Col Tobramycine 0.3 %)
 - Hoặc nhóm Cephalosporine (Col Cefuroxime 0.5 %)
 - Hoặc nhóm Fluoroquinolon (Col Ciprofloxacin 0.3 %)

- Khi ổ loét sạch hơn, có dấu hiệu lành sẹo dùng thuốc dinh dưỡng giác mạc.
- Vitamine A, vitamine C, vitamine E

V. Theo dõi:

- Mức độ đau nhức
- Kích thước ổ loét
- Phản ứng tiền phòng
- Nhãn áp
- Làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ nếu chế độ điều trị không đáp ứng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỔNG MẮT

Nguyên nhân gây bỏng:

- Do hóa chất: bazoz, acid
- Do yếu tố vật lí
- Do hơi cay
- Do nhiệt độ

I. Điều trị sơ cứu:

- Rửa mắt ngay bằng nước sạch, nước muối sinh lí, hoặc lactate ringer tối thiểu 30 phút. Đối với vôi cục phải gắp hết các cục vôi rồi rửa bằng dung dịch đường 5%.
- Đặt giấy quì để thử độ pH của nước mắt sau 5 phút rửa đến khi pH trở về trung tính.
- Rửa tiền phòng trong trường hợp bỏng vừa và nặng.

II. Điều trị tiếp theo:

1. Bỏng nhẹ:

- Dùng tăm bông ướt làm sạch cùng đồ trên, dưới
- Nhỏ Col Atropine 1%
- Tra pomade Tetracyline
- Băng ép 24h
- Thuốc giảm đau và an thần kinh
- Nếu nhãn áp cao dùng Diamox 0,25g mỗi 12h hoặc 6h
- Theo dõi:
 - + Tình trạng làmh biểu mô
 - + Phản ứng viêm ở tiền phòng
- Những ngày sau có thể dùng nước mắt nhân tạo.

2. Bỏng vừa và nặng:

- Nhập viện
- Làm sạch cận bã ,ngoại vật nếu có
- Col Atropin 1%nhỏ mắt 2-4 lần /ngày
- Steroid tại chỗ (Prednison 1% mỗi 1h hoặc 3 h /lần
- Tra mỡ kháng sinh
- Băng ép mỗi khi nhỏ thuốc
- Điều trị tăng nhãn áp

- Chống dính: tách dính kết mạc bằng que thủy tinh hoặc đeo contact lent
- Nước mắt nhân tạo nhiều lần trong ngày
- Theo dõi: Theo dõi kỹ mỗi ngày để đánh giá lại các tổn thương Corticoid phải giảm liều sau 1 tuần điều trị.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BỆNH GLAUCOMA GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

I. Yếu tố thuận lợi:

- Yếu tố di truyền: Gia đình có người bị glaucoma, tỉ lệ bị glaucoma góc mở nguyên phát cao hơn.
- Tuổi thường gặp trên 40 tuổi, có thể trẻ hơn.

II. Triệu chứng lâm sàng:

- Glaucoma góc mở nguyên phát xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm.
- Thị lực trung tâm thường được bảo tồn đến giai đoạn muộn của bệnh. Thường xuất hiện cả hai mắt.

1. Triệu chứng cơ năng:

- Không đau nhức ở mắt và nửa đầu, đôi khi có cảm giác như nhìn qua màn khói hoặc nhìn vào bóng đèn tròn thấy quầng xanh, đỏ, xuất hiện từng cơn ngắn rồi tự hết.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc thường không có cương tụ rìa
- Giác mạc trong hoặc hơi mờ khi nhãn áp quá cao
- Tiền phòng sâu
- Đáy mắt: Tổn thương thị giác tùy theo giai đoạn của bệnh. Giai đoạn đầu chỉ thấy mạch máu chuyển hướng, giai đoạn sau thấy tổn thương rõ ràng hơn: Lõm gai teo thị, ngoài ra thấy xuất huyết cạnh gai, động mạch trung tâm võng mạc đập khi nhãn áp cao.
- Thị lực lúc đầu tốt, giai đoạn sau sẽ giảm.
- Nhãn áp cao.

III. Điều trị:

1. Thuốc: Bắt đầu bằng loại thuốc nhỏ mắt đơn trị
Beta-Blocker (nếu không có chống chỉ định).
Prostaglandin
- Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác:
Beta-Blocker + thuốc co đồng tử
Beta-Blocker + Brimonidin
Beta-Blocker + Dorzolamide

2. Phẫu thuật:

Khi dùng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn:

Lõm gai rộng

Thị trường thu hẹp

Bệnh nhân không có điều kiện nhỏ thuốc lâu dài

IV. Chỉ định điều trị ngoại trú:

1. Glaucoma góc mở, góc đóng mãn tính có tổn thương gai thị, thị trường và nhãn áp điều chỉnh bằng thuốc
2. Glaucoma nhãn áp thấp
3. Một mắt đã mổ glaucoma theo dõi mắt thứ hai
4. Glaucoma người trẻ chưa hoặc đã phẫu thuật
5. Glaucoma góc đóng đã Iridotomy hoặc không còn chỉ định Iridotomy.

Trước khi làm hồ sơ ngoại trú phải có:

- Thị lực, nhãn áp
- Soi góc tiền phòng
- Khám gai thị, chụp hình
- OCT, thị trường.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BỆNH TẮT TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm nhiều hoặc ít, cảm giác như sương mù, có ám điểm trung tâm.
- Khám đáy mắt: gai thị phù, tĩnh mạch dẫn ngoãn ngòeo, xuất huyết nông sâu hình chấm, nền dọc tĩnh mạch hoặc có thể xuất tiết dạng bông gòn.
- Nếu tắc nhánh mi – võng mạc, chỉ thấy phù võng mạc vùng gai thị - hoàng điểm

II. Xét nghiệm:

- CTM ,đếm tiểu cầu
- Khám nội tim mạch
- Chụp mạch huỳnh quang

III. Điều trị:

1. Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspepic 0,25g 1 gói /ngày
2. Tăng cung cấp O₂ cho võng mạc
3. Điều trị nguyên nhân (nếu có thể)
4. Điều trị biến chứng: lazer để điều trị biến chứng phù hoàng điểm dạng nang và phòng ngừa glaucoma tân mạch do thiếu máu

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO DỊ ỨNG

I. Nguyên nhân:

Dị ứng nguyên có trong không khí như: phấn hoa, bụi, nấm mốc, lông súc vật ...

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cấp tính, với: ngứa, chảy nước mắt, đỏ mắt, ngứa mũi, hắt hơi, nước mũi trong.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, nặng hơn có phù quanh tổ chức hổ mắt

- Kết mạc nhạt màu.

- Giác mạc ít thâm nhiễm

III. Điều trị:

Thuốc nhỏ mắt :

- Thường dùng kháng sinh, kháng histamine

- Điều trị triệu chứng kèm theo.

BỆNH LÝ HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH

I / Đại cương:

bệnh lý hắc võng mạc trung tâm thanh dịch là một bệnh trong đó bong thanh dịch lớp võng mạc thần kinh cảm giác

II / Triệu chứng cận lâm sàng :

1. Tiền sử :

giảm thị lực cấp

biến dạng hình

giảm thị lực trung tâm

ám điểm (+)

2. thực thể:

soi đáy mắt

bong võng mạc thanh dịch không có máu ở lớp dưới võng mạc

bong biểu mô sắc tố , chắm lóm

đóm biểu mô sắc tố , sợi dưới võng mạc

III chuẩn đoán phân biệt

ARMD xuất tiết hoặc không xuất tiết

Phù hoàng điểm, irkinc – gas

lở hoàng điểm

màng tân dịch dưới võng mạc

màng tân mạch hắc mạc

BVM xuất tiết , BVM vô căn

Vogt – koyanagi – harada

IV. cận lâm sàng

chụp mạch huỳnh quang

chụp mạch ICG

V điều trị

1 Nội khoa

Không dùng corticoid

sử dụng acetazolamid có tác dụng lành nhanh , hồi phục thị lực và giảm tái phát

Ngoại khoa

Laser quang đông nếu CSCR kéo dài hơn 4 tháng hoặc tái diễn ở mắt bị bệnh CSCR trước đó

VI : Tiên lượng

Bệnh thoái triển ở phần lớn BN

Dễ tái phát

BỆNH LÝ VÕNG MẠC TIỂU ĐƯỜNG

I Đại Cương

có 2 loại ĐTĐ chính

phụ thuộc insulin

không phụ thuộc Insulin

trong đó loại phụ thuộc insulin gây bệnh lý võng mạc ĐTĐ cao hơn chiếm 40%

II Triệu chứng lâm sàng

đây là bệnh lý vi mạch máu nên ảnh hưởng đến các tiểu ĐMVM trước mao mạch, mao mạch và các tiểu động mạch

Triệu chứng cơ năng

Nhìn mờ từ từ

hoặc nhìn mờ đột ngột

nhìn thấy đốm đỏ hoặc quầng đỏ hoặc màu đỏ trong mắt một cách đột ngột sau đó mờ hẳn

Triệu chứng thực thể

xuất tiết cứng vùng hố trung tâm hoặc phù hoàng điểm dạng nang

đo thị lực

chủ yếu là soi đáy mắt nhằm phát hiện

vi phình mạch

phù xuất tiết cứng vùng hố trung tâm hoặc phù hoàng điểm dạng nang

xuất tiết đa dạng trên võng mạc: dạng đốm, dạng nốt, dạng ngọn lửa

nốt dạng bông

tân mạch

thông nội động tĩnh mạch

bong dịch kính (khó quan sát khi FO)

CLS hỗ trợ

Chụp mạch quỳnh quang

chụp hình đáy mắt

siêu âm B

III. Điều trị

Vi phình mạch: không cần laser quang đông đáy mắt. tái khám hàng năm điều trị tăng huyết áp + thiếu máu suy thận

Phù hoàng điểm: Nếu có ý nghĩa trên lâm sàng nên điều trị laser quang đông võng mạc

Tân mạch đĩa thị hoặc tân mạch trong võng một đường kính gai có dịch hơn ¼ gai.

hoặc + NVD ít + xuất huyết dịch kính hoặc trể võng mạc

+ NVD hơn ½ gai thị + xuất huyết

Nên laser quang đông ngay sau 4-8 tuần tiếp tục theo dõi mỗi 6-12 tháng

nếu có XHDK dai dẳng nên cắt dịch kính

IV Biến chứng

xuất huyết dịch kính dai dẳng

bong võng mạc do co rút

màng mờ đục

mạch máu đỏ

Tâm soát

Khám tất cả các bệnh nhân ĐTĐ > 12t , béo phì hằng năm đối với bệnh nhân có bệnh lý mắt

Khám thường qui + có xuất tiết lơ vãng mạch TD nhưng không đe dọa hoàng điểm

+Bệnh lý VMĐT nếu không có bệnh lý có giảm thị lực