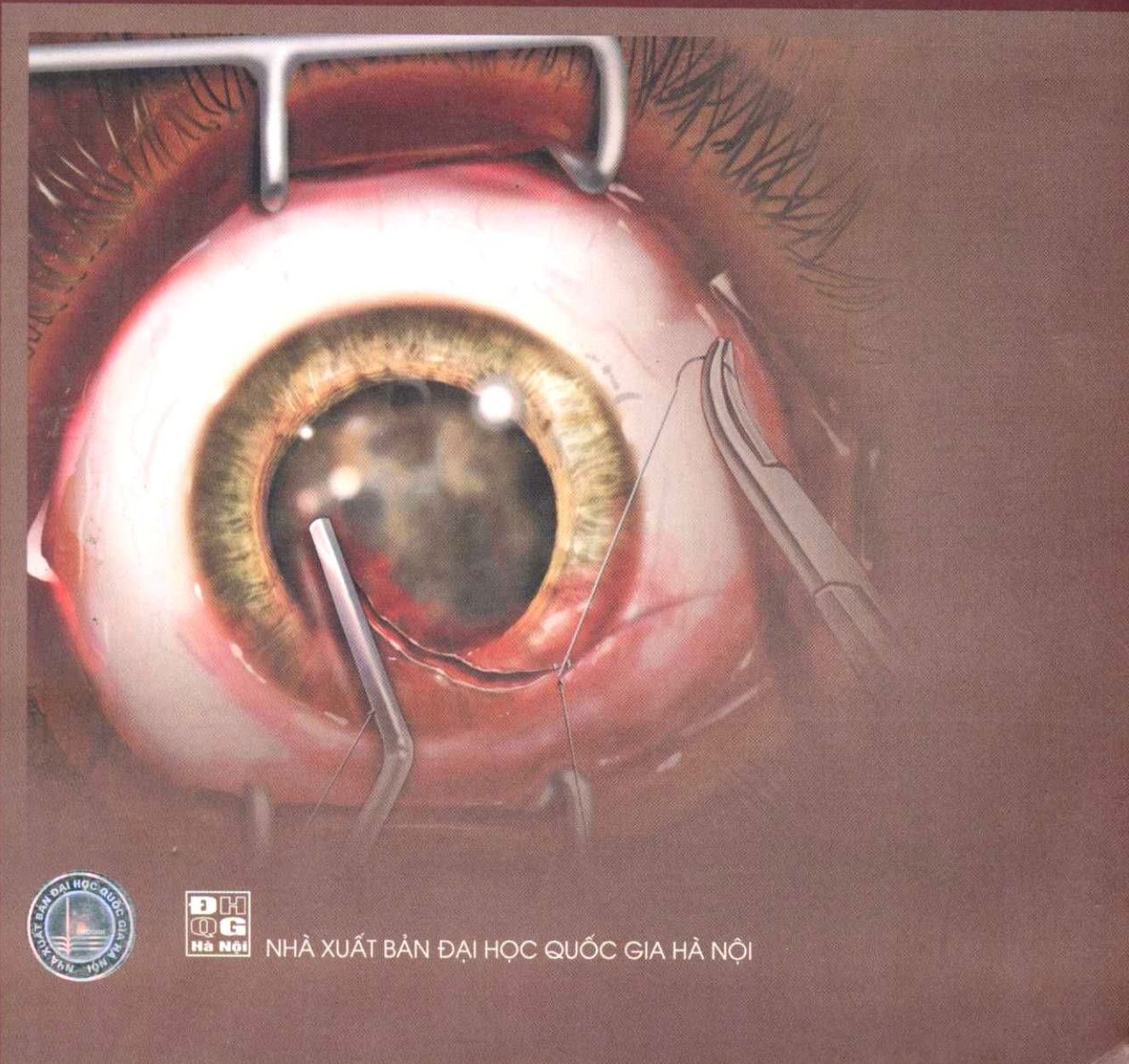


BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

VŨ QUANG DŨNG - NGUYỄN MINH HỢI
VŨ THỊ KIM LIÊN - HOÀNG THỊ LỰC - MAI QUỐC TÙNG

GIÁO TRÌNH

MẮT



NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

GVC. THS. VŨ QUANG DŨNG - BS CKI. NGUYỄN MINH HỘI
THS. VŨ THỊ KIM LIÊN - BS CKII. HOÀNG THỊ LỰC - TS. MAI QUỐC TÙNG

GIÁO TRÌNH MẮT

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

LỜI NÓI ĐẦU

Từ năm học 2005 - 2006, Bộ môn Mắt biên soạn tài liệu học tập cho các đối tượng học sinh chính quy, chuyên tu và lớp riêng theo các chủ đề KAS thuộc dự án Việt Nam – Hà Lan đã được thống nhất trong 8 trường Đại học Y của nước ta. Tài liệu học tập đã kết hợp được kiến thức cơ bản của chuyên ngành Mắt và cập nhật các kiến thức mới trong và ngoài nước. Đây là một tài liệu cần thiết cho học sinh học tập và cho các bác sĩ ở tuyến cơ sở tham khảo khi làm việc. Mặc dù Bộ môn đã có rất nhiều cố gắng trong việc biên soạn tài liệu học tập song vẫn còn nhiều thiếu sót, rất mong được sự góp ý của quý đồng nghiệp xa gần để lần tái bản sau được tốt hơn.

Xin trân trọng cảm ơn.

Tập thể tác giả

MỤC LỤC

Trang

Phần I - BÀI GIẢNG LÝ THUYẾT

Giải phẫu và sinh lý mắt ứng dụng trong lâm sàng	9
Thị lực - Tật khúc xạ	19
Đỏ mắt	27
Mờ mắt	32
Bệnh viêm kết mạc	38
Bệnh mắt hột	44
Viêm loét giác mạc	51
Viêm màng bồ đào	57
Bệnh glôcôm	63
Đục thủy tinh thể	68
Chấn thương mắt	73
Bỏng mắt	79
Mắt và các bệnh toàn thân	84

Phần II - BÀI GIẢNG THỰC HÀNH

Phương pháp khám mắt	95
Phương pháp thử thị lực	99
Phương pháp thử kính	102
Phương pháp đo nhãn áp	105
Phương pháp đo thị trường ước lượng	107
Chấp - lẹo	108
Mộng thịt	110
Quặm	112
Lấy dị vật kết mạc, giác mạc nông	114
Các thuốc thường dùng trong nhãn khoa	116
Cách tra thuốc vào mắt	118
Tài liệu tham khảo	119

Phần I

BÀI GIẢNG LÝ THUYẾT

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ MẮT ỨNG DỤNG TRONG LÂM SÀNG

Mục tiêu

1. Trình bày được cấu tạo và chức năng sinh lý của nhãn cầu, mi mắt và hố mắt.
2. Vẽ và giải thích chính xác thiết đồ bộ dọc nhãn cầu và sơ đồ đường dẫn nước mắt.

Nội dung

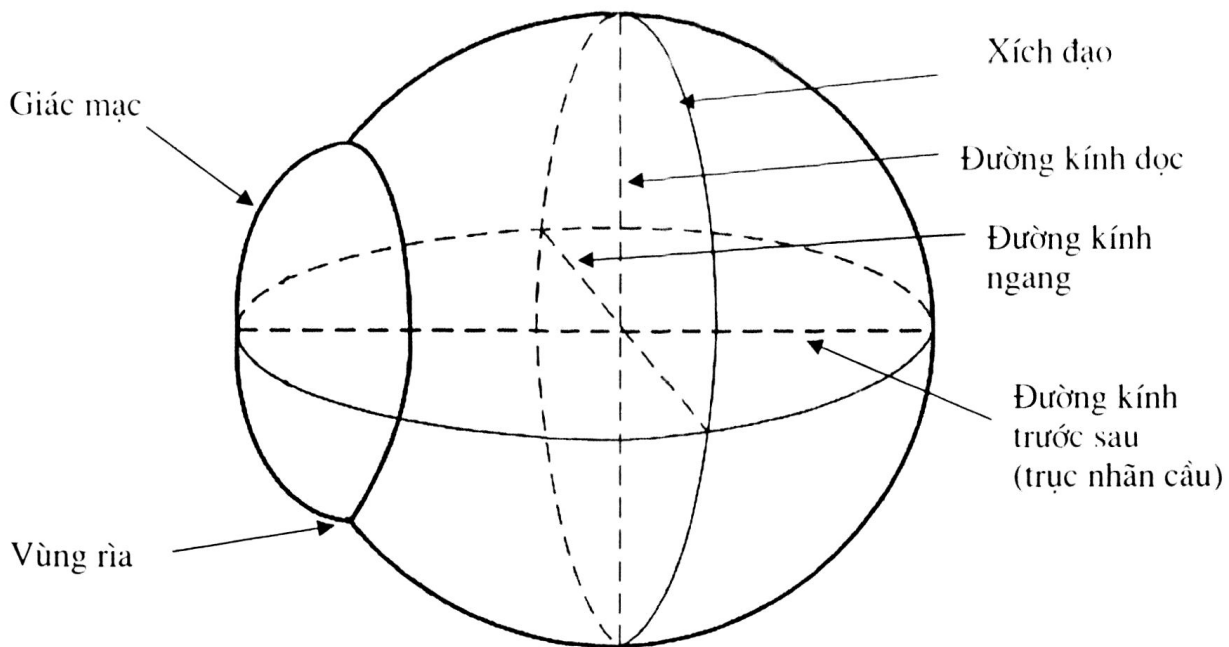
Mắt là một giác quan đảm nhiệm chức năng thị giác, giúp ta nhận biết được các môi trường xung quanh, tạo điều kiện cho trí tuệ con người phát triển. Có khoảng 90% lượng thông tin được nhận biết qua mắt. Cơ quan thị giác gồm có 3 phần:

- + Nhãn cầu.
- + Các bộ phận phụ cận nhãn cầu.
- + Đường dẫn truyền thần kinh.

1. Nhãn cầu

1.1. Hình dạng và kích thước

Nhãn cầu có hình dạng một quả cầu nhỏ, được tạo bởi vỏ và các tổ chức ở bên trong. Nhãn cầu nằm ở trung tâm hố mắt, trục của nhãn cầu so với trục hố mắt chệch 23^0 lên trên.



Hình 1. Các đường kính của nhãn cầu

- Người trưởng thành:

+ Trục trước sau : 23 - 24 mm.

+ Xích đạo : Từ nơi thấp nhất đến nơi cao nhất là 74,9 mm.

+ Trục ngang : 24,1 mm.

+ Trục dọc : 23,6.

+ Trọng lượng : 7g.

+ Dung tích : 6,3 ml.

- Trẻ sơ sinh: Trục trước sau: 16 - 17,5 mm.

1.2. Cấu tạo

Nhãn cầu được tạo bởi 3 lớp màng xếp sát vào nhau. Từ ngoài vào trong:

1.2.1. Vỏ bọc nhãn cầu

Giác mạc chiếm 1/5 phía trước, 4/5 phía sau là củng mạc. Tiếp giáp giữa giác mạc và củng mạc là vùng rìa. Vùng rìa là mốc giải phẫu quan trọng vì hầu hết các phẫu thuật đại phẫu đều liên quan đến vùng rìa và nhiều bệnh ở mắt có biểu hiện tại vùng rìa.

• Giác mạc:

- Giác mạc hình chòm cầu, có bán kính độ cong là 7,6 - 7,8 mm. Nếu cong quá hoặc bẹt quá đều dẫn đến bệnh lý.

- Giác mạc có công suất hội tụ là 45 di ốp.

- Độ dày của giác mạc: ở trung tâm 0,8 mm, ở gần rìa là 1 mm.

- Cấu tạo của giác mạc gồm có 5 lớp, từ ngoài vào trong gồm:

+ Màng biểu mô rất mỏng có khả năng phục hồi sau tổn thương.

+ Màng Bowmann rất mỏng.

+ Lớp mô nhục chiếm 9/10 chiều dày của giác mạc.

+ Màng Descemet có khả năng đàn hồi.

+ Màng nội mô có tầm quan trọng trong việc bảo vệ tính chất trong suốt của giác mạc, khi nội mô tổn thương khó phục hồi.

Màng Bowmann, lớp mô nhục, màng Descemet khi tổn thương bao giờ cũng để lại di chứng sẹo trên giác mạc.

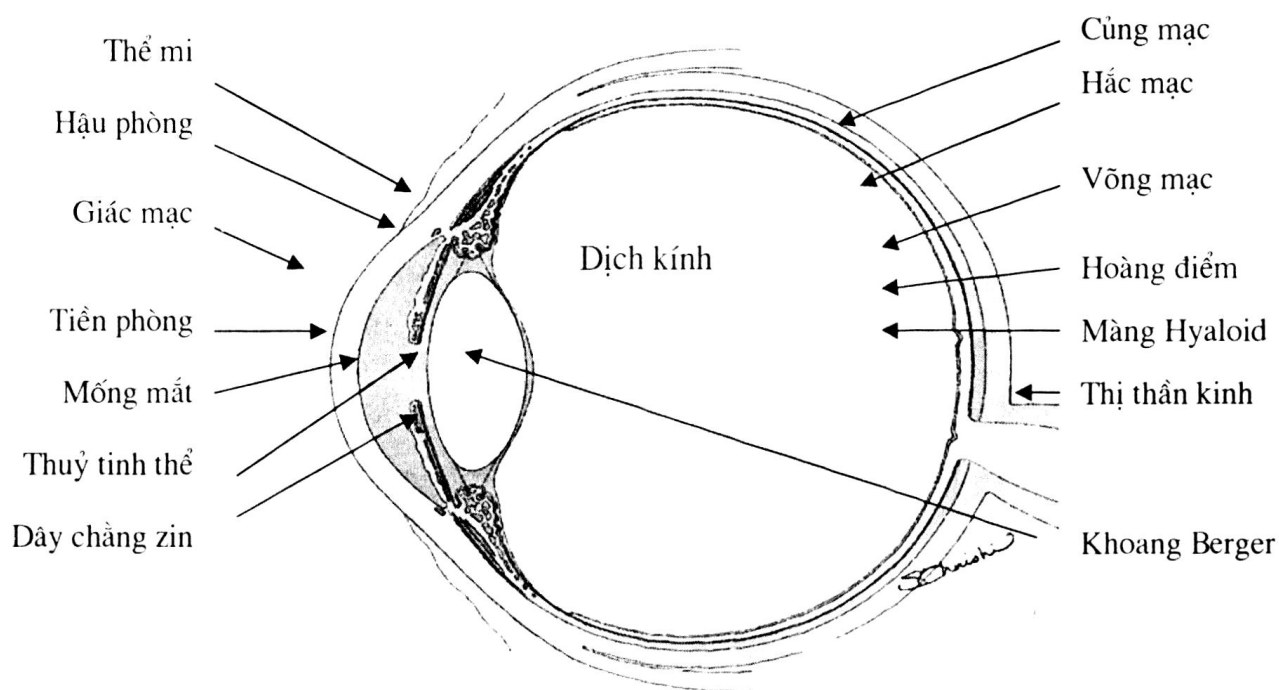
- Cảm giác giác mạc do nhánh V_1 thuộc dây thần kinh sinh ba (dây thần kinh V) chi phối, tận cùng bởi các nụ thần kinh tập trung ở bề mặt của giác mạc.

- Giác mạc là một màng trong suốt không có mạch máu, nuôi dưỡng giác mạc nhờ quá trình thẩm thấu từ mạch máu quanh rìa và các chất dinh dưỡng có trong thủy dịch và nước mắt.

- **Củng mạc:**

- Củng mạc là một màng trắng đục, rất dai, phía trước tiếp giáp với giác mạc qua vùng rìa, phía sau có lỗ thủng cho dây thần kinh thị giác đi qua, mặt ngoài liên quan tới vị trí bám của các cơ vận động nhãn cầu và bao tenon, mặt trong tiếp giáp với hắc mạc.

- Củng mạc có khả năng ấn lõm, dai, khó rách, nhiệm vụ của củng mạc là che chở nội nhãn, một vết rách nhỏ ở củng mạc cũng dễ dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng.



Hình 2. Thiết đồ bổ dọc nhãn cầu

1.2.2. Màng bồ đào

Màng bồ đào là một màng liên kết lỏng lẻo chứa nhiều mạch máu và tế bào sắc tố đen. Màng này gồm có 3 phần, từ trước ra sau: Mống mắt, thể mi, hắc mạc.

- **Mống mắt:** hình tròn có lỗ thủng ở giữa tròn như đồng xu gọi là đồng tử. Mống mắt nằm sau giác mạc, phía trước thủy tinh thể ngăn cách ra tiền phòng và hậu phòng.

- Tiền phòng là một khoang, phía trước là mặt sau của giác mạc, phía sau là mặt trước của mống mắt và một phần mặt trước thủy tinh thể. Bình thường tiền phòng sâu khoảng 3mm, sâu nhất từ trung tâm giác mạc tới mặt trước thủy tinh thể, tiền phòng nông dần ra chu biên và kết thúc ở góc tiền phòng.

- Hậu phòng là một khoang, phía trước mặt sau của mống mắt, phía sau là thủy tinh thể và các dây chằng zinn.

- Bình thường kích thước đồng tử khoảng 3 - 4 mm. Đồng tử có thể giãn to hơn ở nơi ánh sáng thấp và co nhỏ hơn nơi ánh sáng cao. Sự co, giãn của đồng tử gọi là phản xạ đồng tử. Đồng tử có tác dụng điều chỉnh cho lượng ánh sáng vào võng mạc thích hợp để ảnh của vật được hiện lên rõ nét nhất.

Việc theo dõi phản xạ đồng tử không chỉ quan trọng đối với các bệnh về mắt mà nó rất cần cho việc chẩn đoán và theo dõi những trạng thái bệnh lý có liên quan đến các bệnh toàn thân.

Các loại phản xạ đồng tử:

- *Phản xạ đồng tử với ánh sáng:* Xuất hiện rất sớm từ lúc thai nhi tháng thứ sáu và cũng là phản xạ cuối cùng khi chết.

+ Phản xạ đồng tử đối với ánh sáng trực tiếp: Chiếu đèn vào mắt nào thì đồng tử mắt đó co lại, bỏ đèn đồng tử giãn.

+ Phản xạ đồng cảm: Rọi đèn vào mắt này thì đồng tử mắt kia co lại.

- *Phản xạ quy tụ và điều tiết:* Bảo bệnh nhân nhìn ra xa vô cực, ta quan sát đồng tử. Sau đó bảo bệnh nhân nhìn cả hai mắt vào một ngón tay để cách xa mắt 30 cm, ta sẽ thấy đồng tử co lại đồng thời cả hai mắt quy tụ về phía mũi.

- *Phản xạ đồng tử với cảm giác đau:* Khi người bệnh chịu một cơn đau như đau đẻ, bị kẹp vào da... thì đồng tử giãn ra từ từ, sau đó đột nhiên co nhỏ hơn lúc chưa đau, sau đó đồng tử giãn khoảng 2 phút rồi co lại dần.

- *Phản xạ đồng tử thuộc vỏ não:* Bình thường vỏ não ức chế trung tâm co đồng tử. Khi vỏ não ngừng ức chế trung tâm này thì đồng tử co lại (gặp trong giấc ngủ).

Những thay đổi không bình thường của phản xạ đồng tử:

- *Phản xạ đồng tử lười hoặc mất:* gặp trong các bệnh: viêm võng mạc trung tâm, mờ mắt do rượu, do hút thuốc lá, bệnh giang mai, bệnh Glôcôm.

- *Giãn đồng tử:* Đồng tử giãn được thăng bằng nhờ có hai hệ thống thần kinh phó giao cảm (số III) làm co đồng tử và thần kinh giao cảm làm giãn đồng tử.

+ *Giãn đồng tử do liệt phó giao cảm thường do:* Các nhiễm trùng của hệ thống thần kinh như: Viêm não do vi rút, uốn ván, viêm màng não mủ giai đoạn cuối. Các khối u trong não, phình động mạch trong não. Trong chấn thương sọ não đồng tử giãn phản xạ (-) thì tử vong khoảng 95%, đồng tử giãn phản xạ (+) thì tử vong khoảng 30%.

+ *Giãn đồng tử do thuốc:* Thuốc làm liệt phó giao cảm như dung dịch atropin, homatropin. Thuốc làm cường hệ thống giao cảm như cocain.

+ *Giãn đồng tử do các bệnh ở mắt:* glôcôm, chấn thương đụng dập nhãn cầu, mù mắt hoàn toàn do bất kỳ nguyên nhân nào.

+ *Giãn đồng tử do các trạng thái bệnh lý toàn thân như:*

Hầu hết các loại hôn mê.

Hầu hết các ngộ độc do thuốc ngủ, trừ ngộ độc mocphin và các chế phẩm của nó.

Trong cơn sản giật, ngạt.

Gây mê đồng tử co, đột ngột giãn rộng có khi bị ngất. Nếu giãn từ từ là bị ngộ độc.

- *Co đồng tử*: Co đồng tử do rất nhiều nguyên nhân. Những nguyên nhân thường gặp do:

+ *Chấn thương sọ não*: Nếu co đồng tử mà phản xạ đồng tử còn, tiên lượng tử vong khoảng 40%. Nếu co đồng tử mà phản xạ đồng tử mất thì tiên lượng tử vong chiếm khoảng 70%.

+ *Do ngộ độc mocphin, do u rê huyết cao*.

+ *Do viêm màng não cấp, viêm tai giữa mũ, viêm tĩnh mạch xoang hang cấp, tổn thương chèn ép ở khe bướm...*

+ *Do các bệnh tại mắt như*: Viêm màng bồ đào, vết thương xuyên thủng nhãn cầu gây xẹp tiền phòng. Sau các thì phẫu thuật mở tiền phòng gây hạ nhãn áp đột ngột.

+ *Do các thuốc gây co đồng tử như*: pilocacpin, eserin.

• *Thể mi*: Thể mi bắt đầu từ chân móng mắt tới hắc mạc ở phía sau, do dây thần kinh III chi phối, có nhiệm vụ:

+ Tham gia điều tiết để nhìn rõ vật ở gần.

+ Tiết ra thủy dịch. Thành phần thủy dịch gồm 98,75% là nước, các chất rắn khác chiếm 1,25% trong đó có protein 0,02%, đường rất ít 0,002%, vitamin C, axit lactic cao hơn trong máu và có nhiều các chất điện giải khác. Thủy dịch có nhiệm vụ nuôi dưỡng nhãn cầu và tham gia vào quá trình điều hoà nhãn áp. Nhãn áp ở người bình thường là 19 + 5 mmHg, sự chênh lệch nhãn áp cùng một thời điểm giữa hai mắt không quá 5 mmHg, sự chênh lệch nhãn áp buổi sáng và buổi chiều của một mắt cũng không quá 5 mmHg.

- Sự lưu thông thủy dịch: thủy dịch do thể mi tiết ra nằm ở hậu phòng, qua bờ đồng tử ra tiền phòng, qua góc tiền phòng (vùng bè Trabeculum → ống Schlemm → tĩnh mạch nước → tĩnh mạch thượng củng mạc → tĩnh mạch hố mắt → tĩnh mạch mắt). Vì một lý do nào đó con đường lưu thông thủy dịch từ hậu phòng đến góc tiền phòng bị cản trở sẽ dẫn tới tăng nhãn áp.

- Vai trò sinh lý của nhãn áp: Giữ cho nhãn cầu có hình dạng nhất định để đảm bảo chức năng quang học của mắt. Giữ cho sự thăng bằng tuần hoàn của nhãn cầu để bảo đảm dinh dưỡng bên trong của nhãn cầu. Rối loạn nhãn áp dẫn đến rối loạn chức năng thị giác. Nhãn áp chịu sự ảnh hưởng của độ cứng củng mạc, khối lượng tuần hoàn mạch mạc, dịch kính và vai trò chi phối của thần kinh, đặc biệt sự lưu thông thủy dịch giữ vai trò chủ yếu trong việc điều hoà nhãn áp.

Goldmann đã đưa ra công thức nói lên sự liên quan giữa nhãn áp và các yếu tố chi phối:

$$P_o = D.R + P_v$$

Trong đó: P_o : Nhãn áp (19 ± 5 mmHg)

P_v : Áp lực tĩnh mạch (9 - 10 mmHg)

D: Lưu lượng thủy dịch trong một đơn vị thời gian (1,9 mm³/phút).

R: Trở lưu, là sức cản ở góc tiền phòng.

- *Hắc mạc:*

Hắc mạc tiếp theo thể mi, mặt ngoài tiếp giáp với củng mạc, phía trong tiếp giáp với võng mạc, phía sau kết thúc ở gai thị. Hắc mạc là một màng liên kết lỏng lẻo có chứa nhiều mạch máu và tế bào sắc tố đen. Nhiệm vụ của hắc mạc:

- + Nuôi dưỡng nhãn cầu.

- + Tạo cho nhãn cầu thành một buồng tối để ảnh của vật được in rõ trên võng mạc.

1.2.3. Võng mạc

Võng mạc bao bọc mặt trong của nhãn cầu. Võng mạc là màng thần kinh tạo bởi nhiều lớp tế bào nhưng quan trọng nhất là:

- *Lớp tế bào chóp và gậy:* còn gọi là lớp tế bào cảm giác. Nhiệm vụ lớp này là tiếp nhận mọi kích thích của ánh sáng từ ngoại cảnh. Tế bào chóp chỉ hoạt động ban ngày giúp ta phân biệt được hình dạng, kích thước, màu sắc của mọi vật. Có khoảng 6 triệu tế bào chóp, được tập trung nhiều nhất ở vùng hoàng điểm, càng xa hoàng điểm lượng tế bào chóp càng giảm dần, vì vậy thị lực ở vùng hoàng điểm cao nhất (10/10 - 20/10). Có khoảng 120 triệu tế bào gậy. Tế bào gậy chỉ hoạt động vào ban đêm.

Chú ý: Khi soi đáy mắt thấy hoàng điểm hình elíp nằm ngang có đường kính khoảng 3 mm, ở giữa có chấm sáng gọi là ánh trung tâm.

- *Lớp tế bào hai cực và đa cực:* Chủ yếu làm nhiệm vụ dẫn truyền thần kinh. Các sợi thần kinh tập trung lại trước khi chui ra khỏi nhãn cầu ở đĩa thị hay còn gọi là gai thị. Đĩa thị hình tròn hoặc hình quả xoan có đường kính khoảng 1,5 mm, ở đây không có tế bào chóp và tế bào gậy vì vậy không có chức năng thị giác, do đó người ta còn gọi gai thị là điểm mù. Mỗi người có hai điểm mù ở hai mắt nhưng trên thực tế điểm mù không biểu hiện trên lâm sàng vì có thị trường của hai mắt giao nhau. Các sợi thần kinh ở gai thị chui ra khỏi nhãn cầu tạo thành dây thần kinh thị giác (dây thần kinh số II).

- *Huyết quản:* Động mạch trung tâm võng mạc bắt nguồn từ động mạch mắt tới nhãn cầu, khi cách cực sau của nhãn cầu khoảng 14mm, động mạch chui vào giữa trục thần kinh thị giác đi tới võng mạc ở đĩa thị. Ở đĩa thị động mạch chia làm hai nhánh: trên, dưới. Mỗi nhánh lại tiếp tục phân đôi cho ta hai nhánh:

- + Nhánh động mạch thái dương trên và động mạch mũi trên.

- + Nhánh động mạch thái dương dưới và động mạch mũi dưới.

Các nhánh tiếp tục phân đôi mãi để đi vào nuôi dưỡng các vùng võng mạc tương ứng. Nếu một nhánh động mạch nào đó bị tắc thì cả vùng võng mạc đó bị tổn thương vì không được nuôi dưỡng. Đi song song với động mạch trung tâm võng mạc có tĩnh mạch trung tâm võng mạc.

1.2.4. Các môi trường trong suốt

- Giác mạc (xem phần trên)

- Thủy dịch (xem phần trên)

- **Thủy tinh thể:** Thủy tinh thể là một thấu kính có hai mặt lồi, nằm ở phía sau mống mắt, trước dịch kính, được treo vào cơ thể mi bằng các dây chằng zinn. Dây chằng zinn có đặc điểm: ở người trẻ dây chằng Zinn dai, khó đứt, khi tuổi càng cao dây chằng Zinn càng mảnh dần và dễ đứt. Thủy tinh thể có công suất hội khoảng +20 D. Thủy tinh thể có ba phần bao, vỏ và nhân.

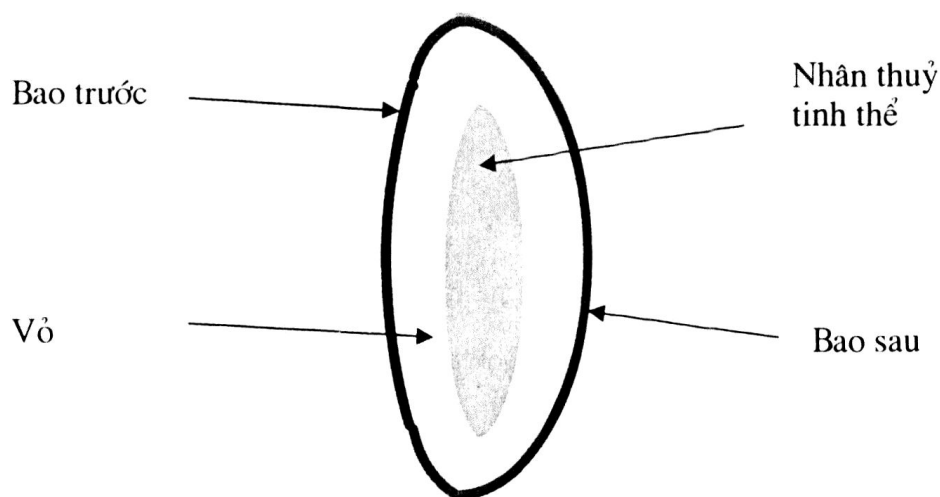
- Bao: có bao trước và bao sau, bao sau lồi hơn bao trước. Ở người trẻ bao sau dính liền với màng hyaloid của dịch kính, đến 25 tuổi hai màng này bắt đầu tách ra tạo thành khoang ảo gọi là khoang Berger. Nhờ có đặc điểm này đối với tuổi già ta có thể tiến hành phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục trong bao.

- Vỏ: còn gọi là nhân trưởng thành.

- Nhân: còn gọi là nhân bào thai.

- Thủy tinh thể không có mạch máu và thần kinh, dinh dưỡng nhờ vào quá trình thẩm thấu các chất dinh dưỡng có trong thủy dịch qua vỏ bọc cho nên các quá trình chuyển hoá ở đây rất hay rối loạn và gây nên đục thủy tinh thể.

- Nhiệm vụ thủy tinh thể tham gia vào quá trình điều tiết để nhìn rõ mọi vật ở gần. khi tuổi cao hiện tượng lão hoá làm cho thủy tinh thể co giãn kém do vậy không thể kéo tiêu điểm về đúng trên võng mạc nên khi nhìn gần không rõ, muốn nhìn rõ phải để xa đó là hiện tượng lão thị, thường từ 40 tuổi trở lên. Khi thủy tinh thể đục làm mất mờ, nếu không được phẫu thuật bệnh nhân sẽ mù.



Hình 3. Cấu tạo thủy tinh thể

- Dịch kính: Chiếm toàn bộ bán phần sau của nhãn cầu, trong suốt, không có mạch máu và thần kinh. Dịch kính lầy nhầy giống như lòng trắng trứng. Khi dịch kính mất đi không có khả năng tái tạo.

1.2.5. Các cơ vận động nhãn cầu và thần kinh chi phối

Tên cơ	Nguyên uỷ	Bám tận	Hướng vận động nhãn cầu	Thần kinh chi phối
Thẳng trên	Vòng zinn	Cách rìa 7,7 mm	Lên trên	III
Thẳng dưới	Vòng zinn	Cách rìa 6,5 mm	Xuống dưới	III
Thẳng trong	Vòng zinn	Cách rìa 5,5 mm	Vào trong	III
Thẳng ngoài	Vòng zinn	Cách rìa 7 mm	Ra ngoài	VI
Chéo lớn	Lỗ thị giác	Ngoài trên	Xuống dưới	IV
Chéo bé	Góc dưới trong bờ hố mắt	Cực sau N.C	Ra ngoài	III
		Ngoài dưới cực sau N.C	Lên trên ra ngoài	

2. Các bộ phận phụ cận nhãn cầu

Các bộ phận phụ cận nhãn cầu gồm 3 phần: Hố mắt, mi mắt và lệ bộ, Nhiệm vụ của các bộ phận này là bảo vệ nhãn cầu.

2.1. Hố mắt

Mỗi người có hai hố mắt. Hố mắt do xương nền sọ, xương mặt, xương thái dương hợp thành một hình chóp có 4 thành, một đỉnh quay vào trong sọ, đáy quay ra phía ngoài.

- Đỉnh hố mắt thông với nền sọ bằng hai lỗ: lỗ thị giác có dây thần kinh số II và động mạch mắt đi qua. (Động mạch mắt là một nhánh bên của động mạch cảnh trong được tách ra trong sọ khi động mạch này ở xoang hang chui ra). Khe bướm có vòng zinn bám vào, chui qua vòng zinn có dây thần kinh III, IV, V, VI. Thần kinh mũi, lệ, trán, tĩnh mạch mắt và dây thần kinh hàm trên (V_1) đi qua phần ngoài của vòng zinn.

- Đáy hố mắt là một khung xương hình bầu dục có 4 bờ.

+ Bờ trên 1/3 trong có lõm trên hố, ở đây dòng dọc cơ chéo lớn bám vào, thần kinh trên hố và thần kinh trán đi qua, 1/3 ngoài có dây thần kinh lệ.

+ Bờ ngoài xương dày có dây chằng mi ngoài bám vào.

+ Bờ trong có máng lệ và túi lệ nằm trong máng lệ.

+ Bờ dưới cách điểm giữa 10 mm có lỗ dưới hố cho dây thần kinh hàm trên đi qua.

2.2. Mi mắt

Mỗi mắt có hai mi, mi trên và mi dưới. Bờ mi: có bờ trước, bờ sau. Bờ trước có lông mi cong ra ngoài. Cạnh chân lông mi có tuyến bã, tuyến mồ hôi. Khi các tuyến này bị viêm gây nên lệ. Nhiệm vụ của mi mắt là bảo vệ nhãn cầu. Cấu tạo mi có 4 lớp, kể từ ngoài vào trong gồm:

+ Lớp da mi và tổ chức dưới da: da mỏng mịn, tổ chức dưới da lỏng lẻo có chứa nhiều mạch máu.

+ Lớp cơ: có hai cơ vận động, cơ nâng mi trên do dây thần kinh III chi phối, cơ này liệt dẫn đến sụp mi. Cơ vòng cung mi do dây thần kinh VII chi phối, nhiệm vụ là khép mi, cơ này bị liệt làm cho mắt nhắm không kín đó là dấu hiệu Charler bell (+).

+ Lớp sụn mi là một tổ chức xơ cứng, chứa tuyến chế nhầy Meibomius, tuyến này viêm sẽ gây nên chắp.

+ Lớp kết mạc gồm có 3 phần: phần phủ mặt trong mi gọi là kết mạc mi, phần phủ lên củng mạc gọi là kết mạc nhãn cầu, phần nối tiếp giữa kết mạc mi và kết mạc nhãn cầu gọi là kết mạc cùng đồ. Có bốn củng đồ: củng đồ trên, củng đồ dưới, củng đồ trong, củng đồ ngoài.

2.3. Lệ bộ

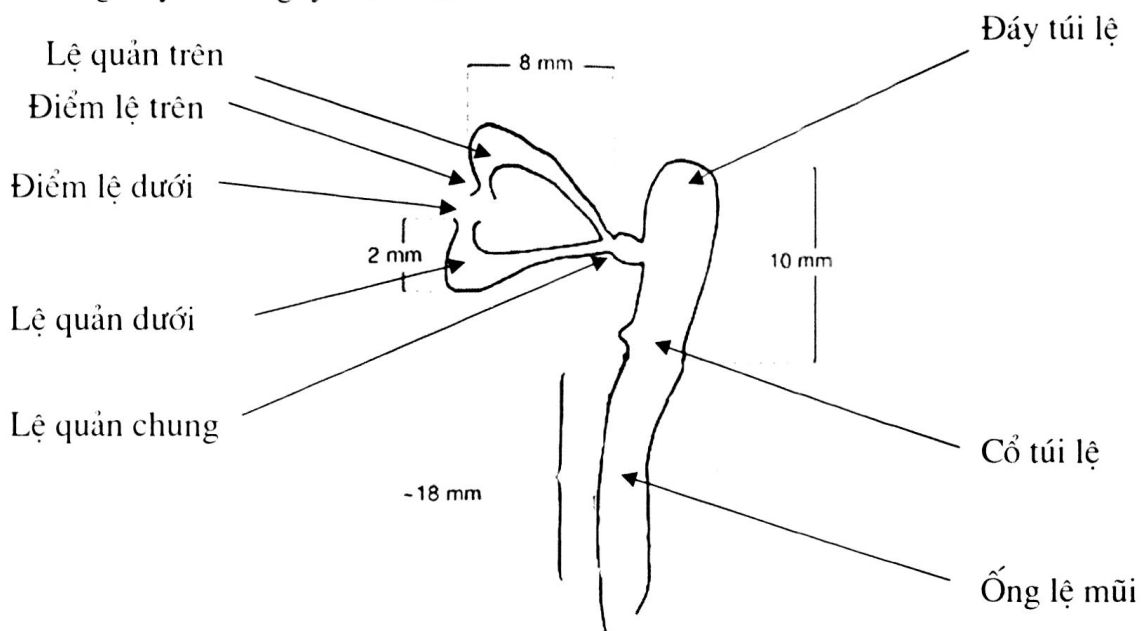
2.3.1. Bộ phận chế tiết nước mắt: gồm tuyến lệ chính và tuyến lệ phụ:

- Tuyến lệ chính nằm ở góc ngoài trên, thành trên hố mắt, bình thường không sờ thấy. Tuyến lệ chính chỉ tiết nước mắt khi có xúc động mạnh như khóc, cười chảy nước mắt hoặc có một tác động mạnh vào mắt.

- Tuyến lệ phụ gồm: Tuyến Krause, Wolfring nằm rải rác ở kết mạc mi và kết mạc củng đồ. Tuyến lệ này tiết nước mắt thường xuyên để cho mắt luôn luôn ướt. Nhiệm vụ của nước mắt là dinh dưỡng và bảo vệ kết mạc, giác mạc.

2.3.2. Đường dẫn nước mắt

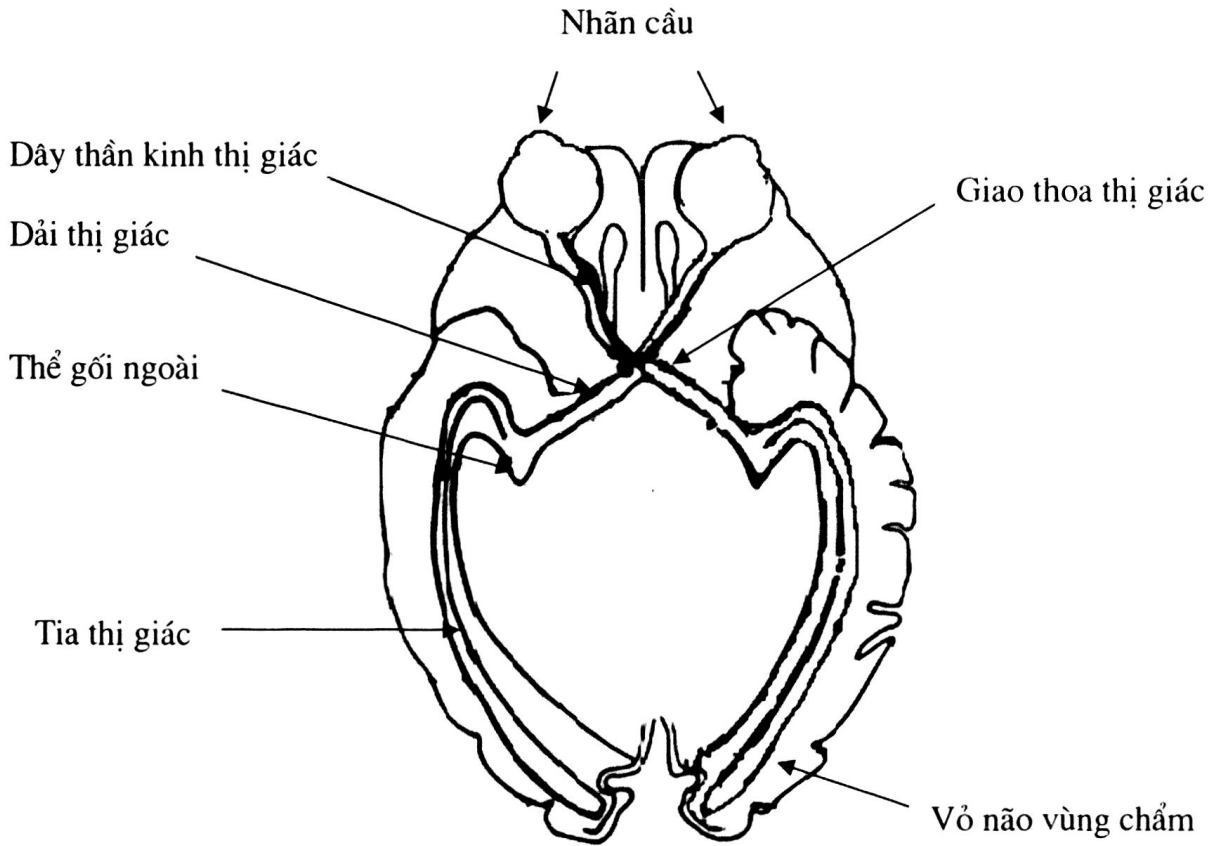
Nước mắt do tuyến lệ tiết ra, sau khi chan hoà khắp bề mặt kết mạc, giác mạc nước mắt được đẩy vào hồ lệ ở góc trong mắt, sau đó ngấm qua 2 điểm lệ trên, dưới đi vào tiểu lệ quản trên, dưới, ống lệ chung, túi lệ rồi qua cổ túi lệ đi đến ống lệ mũi, cuối cùng đi xuống họng. Ở người bình thường sau khi tra thuốc 2 - 3 phút thấy miệng đắng, chứng tỏ đường dẫn nước mắt thông. Nếu vì một lý do nào đó đường này bị tắc sẽ có triệu chứng chảy nước mắt thường xuyên cả ngày lẫn đêm.



Hình 4. Sơ đồ đường dẫn nước mắt

3. Đường dẫn truyền thần kinh

Trụ của các tế bào hai cực và đa cực sau khi tập trung ở gai thị đi ra khỏi nhãn cầu tạo thành dây thần kinh thị giác gọi là dây số II. Đường thần kinh thị giác đi từ mắt tới vỏ não ở vùng chẩm là trung khu thị giác gồm: Dây thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, dải thị giác, thể gối ngoài, tia thị giác và vỏ não ở vùng chẩm là trung khu thị giác.



Hình 5. Sơ đồ đường thị giác cắt ngang

THỊ LỰC - TẬT KHÚC XẠ

Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa thị lực và tật khúc xạ, phân loại tật khúc xạ và các yếu tố ảnh hưởng.
2. Trình bày được phương pháp thử thị lực và phương pháp thử kính.
3. Trình bày được cách phòng chống tật cận thị học đường.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học

- Hiện nay, trên thế giới có khoảng 40 triệu người mù và khoảng 110 triệu người bị giảm thị lực ở các mức độ khác nhau trong đó tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính.

- Tỷ lệ cận thị ở học sinh phổ thông nước ta ngày càng tăng, hiện ở mức tương đối cao khoảng 10- 20%.

- Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy:

+ Tỷ lệ cận thị trong học sinh tăng dần, tăng theo tuổi và cấp học:

- Hà Nội (1998), tỷ lệ cận thị ở học sinh: 15,1%.

Tiểu học : 10,3%

THCS : 15,9%

THPT : 20,2%

- Thành phố Hồ Chí Minh (1994), tỷ lệ cận thị ở học sinh:

THCS : 9,75%

THPT : 18,4%

- Đà loan (1983), tỷ lệ cận thị ở học sinh:

Tiểu học : 13 - 27%

THCS : 28 - 69%

THPT : 79 - 89%

+ Tỷ lệ cận thị ở thành phố cao hơn ở nông thôn:

- Hà Nội (1999), tỷ lệ cận thị ở học sinh nội thành: 31,95%; ngoại thành: 11,75%.

- Thái Nguyên (2000), tỷ lệ cận thị ở học sinh nội thành: 10,78%; ngoại thành: 3,53%.

+ Tỷ lệ cận thị ở nữ cao hơn nam:

- Hà Nội (1999), tỷ lệ cận thị ở học sinh nam: 15,4%; nữ: 17,90%.
- Thái Nguyên (2000), tỷ lệ cận thị ở học sinh nam: 4,20%; nữ: 10,55%.

- Ở khu vực Đông Nam Á, Tổ chức Y tế Thế giới đã tổ chức 3 hội nghị liên quốc gia về phòng chống mù loà. Hội nghị lần thứ 3 được tổ chức tại Việt Nam năm 2000 tại Hà Nội với chủ đề chính là tật khúc xạ, một vấn đề có tỷ lệ người mắc bệnh cao, đặc biệt ở lứa tuổi thanh thiếu niên, nhưng hiện nay vẫn chưa được quan tâm đúng mức.

- Chương trình thị giác 2020 (10/10) – Quyền được nhìn được phát động bởi Tổ chức Y tế Thế giới đã xếp tật khúc xạ vào một trong năm nguyên nhân gây mù loà hàng đầu được ưu tiên phòng chống.

2. Sự thay đổi của tật khúc xạ theo tuổi

Độ khúc xạ của nhãn cầu không ổn định trong suốt cuộc đời mà thay đổi theo tuổi do các cơ chế khác nhau tác động vào. Ở trẻ em quá trình biến đổi của khúc xạ về hướng chính thị gọi là quá trình chính thị hóa, đây là quá trình phối hợp chính xác giữa các thành phần của nhãn cầu đặc biệt là trục nhãn cầu và độ khúc xạ của mắt. Mắt trẻ sơ sinh thường bị viễn thị. Sự biến đổi khúc xạ chủ yếu xảy ra vào năm đầu sau đẻ. Sự biến đổi khúc xạ xảy ra song song với sự thay đổi của các thành phần của nhãn cầu, trục nhãn cầu dài ra, giác mạc dẹt hơn, và thủy tinh thể mỏng hơn. Trẻ sơ sinh có chiều dài trục nhãn cầu khoảng 18 mm. Trong vòng 3 năm đầu, trục nhãn cầu tăng khoảng 5 mm, xấp xỉ chiều dài trục nhãn cầu của người lớn.

3. Định nghĩa thị lực và tật khúc xạ

3.1. Thị lực

Thị lực là khả năng của mắt nhận biết rõ các chi tiết. Hay nói cách khác, thị lực là khả năng của mắt nhận biết được 2 điểm riêng biệt ở gần nhau.

3.2. Tật khúc xạ

Tật khúc xạ là một thiếu sót quang học của mắt khiến cho ánh sáng khi đi qua giác mạc và thể thủy tinh không tạo thành tiêu điểm rõ nét trên võng mạc.

- Mắt chính thị: các tia sáng song song đi vào mắt được hội tụ ở trên võng mạc khi mắt ở trạng thái nghỉ không điều tiết.

- Mắt bị tật khúc xạ: Các tia sáng song song đi vào mắt không được hội tụ ở trên võng mạc khi mắt ở trạng thái nghỉ không điều tiết.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến thị lực và tật khúc xạ

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thị lực và gây tật khúc xạ. Trong đó, nổi bật một số yếu tố sau:

- Tuổi: Theo thống kê tại phòng khám Viện Mắt năm 1999, có 34340 lượt người tới khám khúc xạ, trong đó có 70% là trẻ em. Tình trạng đó cũng tương tự ở một số thành phố

lớn. Như vậy, ở tuổi trẻ mà đã có tỷ lệ giảm thị lực cao sẽ rất ảnh hưởng đến việc học tập và công tác sau này. Ở những người có tuổi cũng có tỷ lệ mắc một số bệnh mắt gây giảm thị lực khá cao như: Đục thủy tinh thể tuổi già, Glôcôm, rối loạn điều tiết.

- Điều kiện làm việc, học tập:

+ Chương trình học tập của trẻ em ngày càng nặng nề, ngoài thời gian học ở trường, việc tổ chức dạy thêm học thêm làm cho gánh nặng làm việc của mắt vượt quá sức của trẻ em.

+ Tiếp xúc quá nhiều với trò chơi điện tử, truyện tranh chất lượng kém, ti vi, máy vi tính.

+ Diện tích trường, lớp học, kích thước bàn ghế, độ chiếu sáng tại các lớp học còn chưa đảm bảo tiêu chuẩn ở rất nhiều trường học.

+ Học sinh không thực hiện đúng vệ sinh trong học tập như: Ngồi cúi đầu thấp, đọc sách quá gần, ánh sáng không đủ...

+ Tất cả các yếu tố nguy cơ trên nếu không được chú ý can thiệp sẽ tác động xấu, gây giảm thị lực và đặc biệt dễ gây một số bệnh học đường, trong đó có tật cận thị.

5. Phương pháp đo thị lực

5.1. Nguyên tắc thử thị lực

- Bệnh nhân ngồi cách bảng thị lực 5m.

- Độ chiếu sáng của bảng thị lực là 100 lux.

- Nếu thử trong buồng tối phải để bệnh nhân thích nghi khoảng 10- 15 phút.

- Phải thử lần lượt từng mắt một, khi thử mắt nọ phải bịt mắt kia.

5.2. Phương pháp thử thị lực

- Dùng bảng thị lực: Lần lượt cho bệnh nhân đọc từng hàng chữ từ trên xuống dưới. Khi nào không đọc được nữa thì dừng lại, ghi kết quả thị lực tương ứng với hàng trên. Ví dụ:

+ MP: Đọc được hàng chữ to nhất (tương ứng 1/10)

 Đọc được hàng chữ thứ hai (tương ứng 2/10)

 Đọc được hàng chữ thứ ba (tương ứng 3/10)

 Không đọc được hàng chữ thứ tư (tương ứng 4/10)

+ Ghi kết quả: MP thị lực 3/10

+ Cũng có thể đọc từ hàng chữ nhỏ nhất bên dưới lên, đọc được hàng nào ghi luôn thị lực tương ứng với hàng đó.

- Đếm ngón tay: Nếu hàng chữ to nhất (1/10), không đọc được, cho bệnh nhân đếm ngón tay. Ghi khoảng cách bệnh nhân đếm ngón tay đúng xa nhất lại. Ví dụ: MP thị lực ĐNT 4 m.

- Bóng bàn tay: Nếu không đếm được ngón tay, ta khua bàn tay trước mắt bệnh nhân, ghi kết quả: Thị lực MP BBT 20 cm, MT BBT 30 cm.

- Sáng tối: Nếu không nhận biết được bóng bàn tay, dùng đèn chiếu trực tiếp vào mắt bệnh nhân, nếu nhận biết được, ghi kết quả: ST (+); Nếu không nhận biết được, ghi kết quả: ST (-). Thị lực ST (-) là chức năng thị giác mất hoàn toàn, không còn khả năng cứu chữa.

4.3. Đánh giá mức độ thị lực: Đánh giá mức độ thị lực theo phân loại của tổ chức Y tế Thế giới:

- + Thị lực > 7/10 : Bình thường
- + Thị lực > 3/10 - 7/10 : Giảm
- + Thị lực ĐNT 3 m - 3/10 : Giảm nhiều
- + Thị lực < ĐNT 3 m : Mù

6. Phân loại tật khúc xạ

Tật khúc xạ gồm có: cận thị, viễn thị, loạn thị.

- Cận thị, viễn thị xếp vào tật khúc xạ hình cầu (khúc xạ ở mọi kinh tuyến như nhau).
- Loạn thị gọi là khúc xạ không hình cầu (Khúc xạ không giống nhau ở các kinh tuyến).

6.1. Cận thị

Định nghĩa:

Cận thị là mắt có tiêu điểm sau nằm trước võng mạc. Nói cách khác, cận thị là tật khúc xạ khi các tia sáng song song đi vào mắt được hội tụ trước võng mạc khi mắt ở trạng thái nghỉ không điều tiết.

Nguyên nhân:

- Do đường kính trước sau của nhãn cầu quá dài (gọi là cận thị trục).
- Giác mạc quá cong.
- Tăng công suất hội tụ, gặp trong trường hợp thủy tinh thể đục ở giai đoạn đầu.

Phân loại cận thị và lâm sàng:

- Cận thị được chia làm 2 loại: Tật cận thị và bệnh cận thị
- *Tật cận thị:* Cận nhẹ không quá 7 điốp. Bệnh xuất hiện từ lúc bé, tiến triển từ từ suốt trong quá trình phát triển của cơ thể; khi cơ thể ngừng phát triển thì tật cận thị cũng ngừng.

Biểu hiện lâm sàng:

+ Nhìn xa không rõ, muốn nhìn rõ vật phải nhìn gần. Ở tuổi đi học trẻ phải ngồi bàn đầu mới nhìn rõ chữ viết trên bảng.

+ Khi cho đeo kính phân kỳ thích hợp thị lực tăng nhiều.

- *Bệnh cận thị:* Cận từ 7 điốp trở lên. Bệnh tiến triển ngày càng nặng, bao giờ cũng kèm theo tổn thương đáy mắt. bệnh có tính chất di truyền. Trong gia đình bố, mẹ, hoặc đời ông, bà truyền cho con cháu.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh cận thị:

- + Nhìn xa không rõ, muốn nhìn rõ phải để vật sát tận mắt.
- + Mắt to, lồi.
- + Soi đáy mắt thấy hắc võng mạc giãn mỏng, thường có thể thấy liềm cận thị.
- + Điều chỉnh bằng kính thị lực không tăng hoặc tăng rất ít.

6.2. Viễn thị

Định nghĩa:

Viễn thị là mắt có tiêu điểm sau nằm phía sau võng mạc. Nói cách khác, viễn thị là hiện tượng các tia sáng song song đi vào mắt được hội tụ ở sau võng mạc khi mắt ở trạng thái nghỉ không điều tiết. Mắt viễn thị nhìn xa và nhìn gần đều không rõ nên mắt luôn luôn phải điều tiết để kéo ảnh của vật ra phía trước trùng lên võng mạc.

Nguyên nhân:

- Do nhãn cầu nhỏ, trục trước sau của nhãn cầu quá ngắn (viễn thị trục).
- Độ cong giác mạc quá ít.
- Không có thủy tinh thể do bẩm sinh hoặc sau phẫu thuật lấy thủy tinh thể.

Lâm sàng và tiến triển:

- Mắt trẻ em từ khi sinh ra cho đến 3 tuổi bao giờ cũng có viễn thị sinh lý từ 2 đến 3 điốp. Viễn thị này mất đi khi trẻ được 5 - 6 tuổi, nếu không mất thì nó sẽ tồn tại mãi.

- Trên lâm sàng viễn thị biểu hiện:

- + Mắt mờ cả nhìn xa và nhìn gần.
- + Hay mỏi mắt, có khi chảy nước mắt do mắt luôn luôn phải điều tiết.
- + Mắt viễn thị thường nhỏ hơn mắt bình thường.

6.3. Loạn thị

Loạn thị là hiện tượng các tia sáng song song đi vào mắt ở các kinh tuyến khác nhau được hội tụ ở các điểm khác nhau khi mắt ở trạng thái nghỉ không điều tiết.

7. Chẩn đoán tật khúc xạ hình cầu

Chẩn đoán tật khúc xạ hình cầu có 2 phương pháp:

7.1. Phương pháp chủ quan (Donders)

Phương pháp này đơn giản, thuận tiện vì nó chỉ cần một hộp kính và một bảng thị lực. Tuy nhiên chỉ dựa vào chủ quan của bệnh nhân nên còn chưa thật chính xác, do không loại trừ được sự điều tiết của mắt. Phương pháp này thường được dùng ở tuyến cơ sở.

7.2. Phương pháp khách quan

- Soi bóng đồng tử (retinocopy): Người đo khúc xạ dùng máy soi bóng đồng tử chiếu ánh sáng (dưới dạng chùm ánh sáng hoặc vạch ánh sáng) vào mắt qua đồng tử, rồi quan sát

sự chuyển động của bóng ánh phản xạ từ đáy mắt qua lỗ đồng tử. Tình trạng khúc xạ của mắt được xác định thông qua số kính cần thiết làm cho bóng đồng tử đạt trung hoà (bóng đồng tử tỏa đều và không chuyển động theo sự chuyển động của nguồn ánh sáng chiếu vào mắt). Phương pháp này đòi hỏi kinh nghiệm của người soi.

- Đo khúc xạ tự động (Autorefrato meter): Là một phương pháp khách quan chính xác để chẩn đoán tật khúc xạ. Tuy nhiên, máy đắt tiền nên còn chưa được sử dụng rộng rãi.

8. Điều trị

8.1. Chính kính

8.1.1. Nguyên tắc thử kính

- Bệnh nhân ngồi cách bảng thị lực 5 m
- Độ chiếu sáng của bảng thị lực là 100 lux
- Nếu thử trong buồng tối phải để bệnh nhân thích nghi khoảng 10 - 15 phút
- Phải thử kính lần lượt từng mắt một, khi thử mắt nọ phải bịt mắt kia. Sau đó mới thử kính 2 mắt.

8.1.2. Phương pháp thử kính và chọn kính

- Đối tượng thử kính: Những trường hợp thị lực từ 7/10 trở xuống, thử kính lỗ cho bệnh nhân thấy thị lực tăng (thường tăng 3/10 trở lên mới có giá trị), ta có thể nghĩ đến thị lực giảm do tật khúc xạ và cần thử kính cho bệnh nhân.

- Cách thử: Cho thử lần lượt từ số kính nhỏ nhất, đến số kính lớn nhất đạt thị lực cao nhất. Thử tiếp đến khi ở số kính tiếp theo mà thị lực giảm đi, dừng lại để chọn kính và ghi đơn kính. Các số kính thường chênh nhau 0,25 - 0,5 điốp. Kính hội tụ được quy định đánh dấu (+), Kính phân kỳ (-).

Ví dụ: Bệnh nhân A có thị lực 2 mắt là 5/10, cho thử kính lỗ thị lực tăng 10/10.

+ Bước 1: Hỏi xem bệnh nhân nhìn gần rõ hơn hay cả nhìn xa và gần đều không rõ. Nếu nhìn gần rõ hơn thường là bị cận thị. Ta nên thử kính phân kỳ trước, nếu qua kính phân kỳ thị lực không tăng ta chuyển thử kính hội tụ. Nếu cả hai loại kính trên thị lực không tăng thì phải cho thử kính loạn thị.

+ Bước 2:

• Bệnh nhân thử kính phân kỳ, cho thử lần lượt từng số kính, kết quả:

- | | |
|-------------|-----------------|
| - 0,25 điốp | thị lực = 5/10 |
| - 0,50 điốp | thị lực = 7/10 |
| - 0,75 điốp | thị lực = 10/10 |
| - 1,00 điốp | thị lực = 10/10 |
| - 1,25 điốp | thị lực = 8/10 |

Ta chọn số kính cận thị cho bệnh nhân theo nguyên tắc chọn số kính phân kỳ thấp nhất đạt thị lực cao nhất: Chọn số kính - 0,75 điốp.

• Bệnh nhân thử kính hội tụ: cho thử lần lượt từng số kính, kết quả:

+ 0,25 điốp	thị lực = 5/10
+ 0,50 điốp	thị lực = 7/10
+ 0,75 điốp	thị lực = 10/10
+ 1,00 điốp	thị lực = 10/10
+ 1,25 điốp	thị lực = 8/10

Ta chọn số kính viễn thị cho bệnh nhân theo nguyên tắc chọn số kính hội tụ cao nhất đạt thị lực cao nhất: Chọn số kính + 1,00 điốp.

+ Bước 3: Sau khi thử kính xong, ta chọn số kính phù hợp cho vào gọng kính để bệnh nhân đeo trong thời gian 10-15 phút. Nếu nhìn rõ không có biểu hiện choáng váng, chóng mặt thì đó là số kính phù hợp, ta ghi đơn kính cho bệnh nhân. Kính đeo giữa hai mắt độ chênh lệch khúc xạ không quá 3 điốp, nên cho mắt nhẹ đủ số kính, mắt nặng hơn giảm số kính.

- Chú ý: Thử kính đọc sách (kính lão) cho những người cao tuổi, thường từ 40 tuổi trở lên. Cho bệnh nhân thử kính hội tụ từ số nhỏ nhất đến số phù hợp nhất để nhìn rõ chữ nhỏ bình thường ở khoảng cách 30 - 35 cm. Sau khi chọn kính cho từng mắt, ta cho kính vào gọng để bệnh nhân đeo trong thời gian 10 - 15 phút không có biểu hiện choáng váng, chóng mặt thì kính đó là phù hợp, ta ghi đơn kính cho bệnh nhân.

8.2. Điều trị bằng thuốc

- Thuốc liệt điều tiết: Cyclopentolate 1%, DD Atropin 1%, DD Homatropin.
- Giảm co thắt đồng tử: Dẫn đồng tử bằng Tropicamide 1%.
- Tăng cường dinh dưỡng: Vitamin A, C, E, D, Canxi, Tobicom.

8.3. Điều trị bằng phẫu thuật

Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng:

- Phẫu thuật tăng cường độ rắn chắc của củng mạc.
- Từ 1972, Fyodorov, đã rạch giác mạc hình nan hoa để chữa cận thị.
- Ở Việt Nam, phẫu thuật Laser excimer để chữa cận thị được áp dụng từ 1990. Hiện nay, trên thế giới đang có nhiều phương pháp phẫu thuật mới để điều trị tật khúc xạ.

- Phẫu thuật LASIK là phẫu thuật có nhiều ưu điểm đang được áp dụng hiện nay để điều trị tật khúc xạ.

Chú ý: Các phương pháp điều trị bằng phẫu thuật chỉ điều chỉnh độ khúc xạ của giác mạc với mục đích làm cho các tia sáng song song đi vào mắt được hội tụ trên võng mạc. Phẫu thuật không làm thay đổi được trục nhãn cầu và các tổn thương khác do bệnh cận thị gây ra như thoái hoá võng mạc.

9. Phòng bệnh cận thị học đường

- Ngày nay, vấn đề vệ sinh trường học rất cần được quan tâm đúng mức. Việc phòng ngừa ngăn chặn các bệnh học đường không chỉ là việc làm của bộ phận y tế học đường mà cần có mối quan tâm của các ngành, các cấp và của toàn xã hội.

- Các biện pháp phòng bệnh đều cần có sự tham gia tích cực của cả ngành giáo dục và ngành y tế:

- + Trường, lớp đúng tiêu chuẩn vệ sinh trường học.
- + Học tập trong lớp phải kết hợp với các bài tập ngoài trời.
- + Giáo dục, nhắc nhở học sinh thực hiện tốt vệ sinh trong học tập.
- + Xây dựng chương trình học tập phù hợp.
- + Cải thiện điều kiện học tập: Bàn ghế, ánh sáng, góc học tập ở nhà...

ĐỎ MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được các nguyên nhân gây đỏ mắt và các hình thái lâm sàng của đỏ mắt.
2. Trình bày được cách xử trí ban đầu một số nguyên nhân gây đỏ mắt.

Nội dung

1. Phân loại đỏ mắt

Đỏ mắt là một triệu chứng của nhiều bệnh. Nhiều khi đỏ mắt là một lý do để bệnh nhân đến khám mắt. Đỏ mắt được chia làm 3 loại: Đỏ mắt kiểu cương tụ kết mạc, đỏ mắt kiểu cương tụ rìa, đỏ mắt có phù nề kết mạc.

1.1. Đỏ mắt kiểu cương tụ kết mạc

Đỏ mắt kiểu cương tụ kết mạc là đỏ ở kết mạc, có thể ở kết mạc mi, kết mạc cùng đồ, kết mạc nhãn cầu hoặc toàn bộ kết mạc. Ở đây hiện tượng cương tụ xảy ra chủ yếu ở các mạch máu nông của kết mạc. Đỏ mắt kiểu này kết mạc phù nề ít hoặc không phù nề, mắt có thể đau nhức, cộm, vướng nhưng thị lực không giảm hoặc giảm trong trường hợp mộng thịt độ III. Đỏ mắt kiểu cương tụ kết mạc gặp trong các bệnh: viêm kết mạc, xuất huyết dưới kết mạc, mộng thịt.

1.2. Đỏ mắt kiểu cương tụ rìa

Cương tụ rìa là một triệu chứng của những bệnh viêm sâu. Biểu hiện cương tụ rìa là một vành mạch máu đỏ thẫm bao quanh rìa giác mạc, mạch máu thưa dần về phía kết mạc nhãn cầu và cùng đồ. Để phân biệt cương tụ kết mạc và cương tụ rìa người ta có thể tra dung dịch Adrenalin 0,1% vào mắt, theo dõi sau 3 phút thấy vành mạch máu không mất đi đó chắc chắn là cương tụ rìa. Đại đa số các trường hợp thầy thuốc phân biệt cương tụ rìa và cương tụ kết mạc bằng cách quan sát sự phân bố các mạch máu, chỉ tra Adrenalin làm co mạch khi nó không rõ ràng. Cương tụ rìa là cương tụ mạch máu ở sâu, nó là một triệu chứng của nhiều bệnh như: Viêm loét giác mạc, viêm giác mạc, glôcôm góc đóng, viêm móng mắt thể mi, chấn thương mắt, bỏng mắt. Đỏ mắt kiểu cương tụ rìa bao giờ cũng có đau nhức mắt, giảm thị lực nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến mù loà vĩnh viễn.

1.3. Đỏ mắt có phù nề kết mạc

Kết mạc đỏ toàn bộ hay một phía nào đó, đi cùng với nó là sự phù nề của kết mạc. Tùy mức độ mà kết mạc phù nề nhiều hay ít, có trường hợp kết mạc phồng ra ngoài khe mi làm cho mắt không nhắm kín được, mắt đau nhức nhưng thị lực không giảm. Đỏ mắt kiểu này gặp trong bệnh: Viêm tuyến lệ chính, lệ, viêm bao tenon, viêm thượng củng mạc.

2. Các hình thái lâm sàng đỏ mắt

2.1. Đỏ mắt không đau nhức không giảm thị lực

2.1.1. Viêm kết mạc cấp (xem bài viêm kết mạc)

2.1.2 Viêm kết mạc mãn tính

- *Dịch tễ*: Viêm kết mạc mãn tính là một bệnh phổ biến ở nước ta, có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào và không phân biệt giới. Bệnh hay gặp ở những vùng nông thôn, nơi đời sống kinh tế khó khăn, dân trí còn thấp. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên: Vi khuẩn, vi rút, nấm, dị ứng.

- *Biểu hiện lâm sàng*:

+ Hơi cộm, chảy nước mắt.

+ Có ít tiết tố.

+ Thị lực không giảm.

+ Kết mạc cương tụ nhẹ, có khi chỉ hơi nề.

- *Xử trí*: Viêm kết mạc mãn tính không nguy hiểm nhưng nó làm cho bệnh nhân rất khó chịu ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt.

+ Tại cộng đồng thuốc điều trị thông dụng là các loại dung dịch kháng sinh như: Clorocid, Gentamycin... kết hợp với mỡ kháng sinh như: Tetracyclin, Gentamycin... Điều trị trong vòng 7 đến 10 ngày không đỡ phải chuyển bệnh nhân lên tuyến có chuyên khoa.

+ Tại tuyến chuyên khoa: Cần làm xét nghiệm tìm nguyên nhân để điều trị. Hiện nay trên thị trường có rất nhiều loại dung dịch, mỡ kháng sinh phổ rộng để điều trị bệnh viêm kết mạc nhưng giá thành cao không phải bệnh nhân nào cũng có điều kiện sử dụng. Viêm kết mạc mãn tính thường tạo điều kiện cho bệnh mắt hột xuất hiện và cùng tiến triển kéo dài, rất khó điều trị, cần chuyển tuyến trên lấy tiết tố soi tươi tìm nấm, nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ tìm nguyên nhân để điều trị tận gốc.

2.1.3. Viêm kết mạc do bức xạ

- *Biểu hiện lâm sàng*: Bệnh xuất hiện sau khi tiếp xúc với ánh sáng tia hàn không có kính bảo hộ khoảng 6 - 12 tiếng. Nhức mắt đột ngột và dữ dội, hai mắt nhắm nghiền, nước mắt chảy dàn dụa, rất sợ ánh sáng, thường vào lúc nửa đêm. Khi khám thấy toàn bộ kết mạc mi và kết mạc nhãn cầu xung huyết, giác mạc bình thường, đồng tử bình thường.

- *Xử trí*: Tra dung dịch Dicain 1%, sau 5 - 10 phút bệnh nhân tự mở mắt được. Tra thêm Dicain vài lần thì khỏi hẳn. Nên tra thêm dung dịch CB₂, hoặc dung dịch vitamin A để dinh dưỡng giác mạc.

2.1.4. Xuất huyết dưới kết mạc

Xuất huyết dưới kết mạc có thể xảy ra tự nhiên hay do sang chấn, sau một cơn ho gà hoặc ở người cao huyết áp. Xuất huyết có khi cục bộ ở một vị trí nào đó trên kết mạc nhãn cầu hoặc toàn bộ kết mạc nhãn cầu. Trường hợp xuất huyết do ho gà thường nặng, toàn bộ kết mạc nhãn cầu đỏ như tiết. Phần lớn các trường hợp xuất huyết dưới kết mạc không đau

nhức, mắt không mờ. Những trường hợp nhẹ điều trị tại cộng đồng với các dung dịch kháng sinh tra tại mắt như: Clorocid, Gentamycin, uống vitamin C làm tăng sức bền thành mạch, uống tam thất làm tiêu máu, trong thời gian điều trị bệnh nhân không được vận động mạnh như chạy nhảy, cưỡi đất, bỏ củi... Trường hợp máu chảy nhiều hoặc chảy ít nhưng có giảm thị lực cần phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa.

2.1.5. Mộng thị

Mộng thị không phải là một bệnh cấp tính hoặc tiến triển nhanh chóng dẫn tới mù loà, nhưng nó là một trong các bệnh mắt hay gặp gây giảm thị lực và có thể gây mù loà.

- Nguyên nhân: Mộng là một tổ chức tân tạo được hình thành qua quá trình tăng sản xơ của tổ chức và thoái hoá kính của collagen, lúc đầu ở kết mạc sau đó lan dần đến lớp biểu mô của giác mạc tạo nên mộng. Qua quá trình nghiên cứu thấy một số yếu tố có liên quan đến sự hình thành và phát triển của mộng đó là yếu tố dinh dưỡng, không khí, gió bụi, tia nắng mặt trời, tia bức xạ, di truyền...

- Dịch tễ học: Theo thống kê năm 1996, tại Việt Nam mộng thị chiếm 2,24% trong đó có 0,3% mộng độ III làm cho thị lực giảm. Mộng thường xuất hiện từ tuổi 36 trở lên và gặp nhiều ở tuổi trên 40, tuổi càng cao thì tỷ lệ bệnh càng cao. Nam gặp nhiều hơn nữ do nam giới thường làm những công việc tiếp xúc với không khí, gió bụi, ánh nắng nhiều hơn nữ giới. Vùng biển miền trung có tỷ lệ bệnh cao nhất trong 8 vùng sinh thái. Miền trung có tỷ lệ bệnh cao nhất trong 3 miền. Những số liệu thống kê này hoàn toàn phù hợp với cơ chế sinh bệnh nêu trên.

- Chẩn đoán mộng dựa vào các triệu chứng:

+ Cộm, vướng, mắt luôn đỏ nhất là khi tiếp xúc nhiều với gió, bụi.

+ Khám thấy mộng xuất hiện ở góc trong hay ngoài hoặc cả hai góc tương ứng với vùng khe mi. Mộng có 2 phần thân mộng xoè hình cánh quạt, đầu mộng bám vào giác mạc.

+ Có 2 loại mộng:

Mộng tiến triển: có thân mộng dày nhiều mạch máu, đầu mộng nhám nhờ hình răng cưa.

Mộng xơ: thân mộng mỏng, ít mạch máu, đầu mộng tròn đều, trắng đặc, không nhám nhờ.

+ Chẩn đoán độ mộng: Mộng được chia làm 3 độ:

* Mộng độ I: Đầu mộng bò vào giác mạc < 2 mm.

* Mộng độ II: Đầu mộng bò vào giác mạc từ 2 – 4 mm.

* Mộng độ III: Đầu mộng bò vào giác mạc > 4 mm.

- Xử trí: Không có thuốc làm tan mộng, điều trị mộng chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật khi mộng bò sâu vào giác mạc làm giảm thị lực gây ảnh hưởng đến công tác và sinh hoạt của bệnh nhân. Mộng độ II, III có chỉ định phẫu thuật tại các bệnh viện chuyên khoa hoặc tại cộng đồng do các đoàn lưu động thuộc chuyên khoa Mắt tổ chức.

2.2. Đỏ mắt đau nhức không giảm thị lực

2.2.1. Viêm tuyến lệ chính cấp

- Dịch tears: Chưa thấy có tài liệu nào nêu, bệnh ít gặp.
- Nguyên nhân: Thường do biến chứng của quai bị, cúm. Bệnh hay gặp ở tuổi thanh thiếu niên, thường bị cả 2 mắt.
- Biểu hiện lâm sàng:
 - + Đau trong hố mắt, đau chói lên trán và thái dương.
 - + Khám thấy góc ngoài mi trên sưng, phù nề, sờ thấy một khối u dài ở dưới ngoài bờ trên hố mắt. Kết mạc đỏ, phù nề nhất là góc ngoài mắt. Nhãn cầu lồi ra trước, lệch vào phía mũi, vận động nhãn cầu ra ngoài, lên trên hạn chế. Có thể có song thị, nổi hạch ở trước tai.
 - + Toàn thân sốt, kém ăn mất ngủ. hạch trước tai sưng và đau.
- Xử trí: Chuyển bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa.

2.2.2. Lệo

- Nguyên nhân: Lệo chính là nhọt xuất hiện ở bờ mi, do tụ cầu trùng xâm nhập vào bờ mi gây áp xe tuyến zeiss. Lệo rất hay gặp và gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới.
- Biểu hiện: Mi sưng, đỏ, có điểm đau nhói tương ứng với vùng sưng. Tùy theo lệo to hay nhỏ mà mức độ phù nề kết mạc, sung tấy, đỏ ở mi nhiều hay ít. Lệo xuất hiện sau 3 đến 4 ngày thì làm mủ, khi khám thấy ở vùng sưng có điểm mủ trắng.
- Xử trí: Lệo mới cho chườm nóng ngày 4 đến 5 lần, mỗi lần 15 phút. Lệo sưng to lan toả phải cho uống kháng sinh cho lệo thu gọn. Khi lệo có điểm mủ trắng phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa để trích.

2.2.3. Viêm bao tenon

- Biểu hiện:
 - + Đau nhức mắt, khi liếc mắt đau nhiều hơn.
 - + Ở giai đoạn đầu thị lực không bị ảnh hưởng.
 - + Vận động nhãn cầu bị hạn chế.
 - + Kết mạc cương tụ, phù nề, nhãn cầu có thể đẩy ra phía trước thẳng trục.
- Xử trí: chuyển bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa.

2.2.4. Viêm thượng củng mạc

- Biểu hiện: mắt đỏ ở vị trí tương ứng với vùng viêm. Mắt đau khi vận động nhãn cầu. Khám thấy vùng viêm sưng gồ lên, đỏ do mạch máu tăng sinh. Hay gặp ở người lớn, chưa rõ nguyên nhân.
- Xử trí: tra dung dịch kháng sinh, kết hợp với hydrocortison sau 5 ngày không đỡ phải chuyển bệnh nhân lên tuyến có chuyên khoa.

2.3. Đổ mắt đau nhức giảm thị lực

Đổ mắt có đau nhức giảm thị lực là một hình thái đổ mắt hay gặp, có tính chất cấp cứu nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới mù vĩnh viễn. Hình thái đổ mắt này gặp trong bệnh: glôcôm góc đóng, viêm mống mắt thể mi, viêm loét giác mạc, viêm giác mạc. Triệu chứng lâm sàng và cách xử trí của 4 bệnh trên được trình bày trong bảng sau:

Triệu chứng	Glôcôm góc đóng	Viêm mống mắt thể mi	Viêm loét giác mạc	Viêm giác mạc
Đau nhức mắt	Dữ dội+ đau 1/2 đầu cùng bên	Âm ỉ, đau nhiều về đêm	Đau chói, chảy nước mắt	Đau chói, chảy nước mắt
Thị lực	Giảm đột ngột	Giảm nhanh	Giảm nhanh	Giảm nhanh
Cương tụ rìa	(+)	(+)	(+)	(+)
Giác mạc	Mờ đục	Tủa mắt sau giác mạc	Có đám mờ, nhuộm Fluo (+)	Có đám mờ, nhuộm Fluo (-)
Tiền phòng	Nông	Sâu	Bình thường	Bình thường
Đông tử	Giãn	Co nhỏ, méo	Bình thường	Bình thường
Nhãn áp	Cao	Thấp	Bình thường	Bình thường
Phản ứng thể mi	(-)	(+)	(-)	(-)
Xử trí tại cơ sở	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa

3. Hướng xử trí

Đứng trước một bệnh nhân đổ mắt người bác sĩ tại cơ sở phải có thái độ ân cần, hỏi kỹ về bệnh sử, tiền sử, phải thử thị lực và đánh giá xem thị lực có giảm hay không. Những trường hợp đổ mắt không giảm thị lực, có tiết tố thường là viêm kết mạc nên điều trị tại cơ sở, sau 7 ngày không đỡ thì chuyển bệnh nhân đến tuyến có chuyên khoa.

Tất cả các trường hợp đổ mắt có giảm thị lực đều phải chuyển lên tuyến chuyên khoa.

MỜ MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên nhân gây mờ mắt từ từ và đột ngột.
2. Kể ra được một số triệu chứng chính của các bệnh gây mờ mắt thường gặp.
3. Trình bày được cách xử trí một số bệnh gây mờ mắt thường gặp.

Nội dung

1. Phân loại mức độ giảm thị lực theo tổ chức y tế thế giới

1.1. Khái niệm về thị lực

Thị lực là khả năng của con mắt nhận rõ các chi tiết hay nói một cách khác thị lực là khả năng của mắt phân biệt được hai điểm gần nhau. thị lực ở người bình thường từ 10/10 đến 20/10. Thị lực < 10/10 là thị lực giảm. Tất cả những bệnh nhân đến khám mắt đều phải thử thị lực, nếu thị lực < 10/10 bắt buộc phải thử kính lỗ để loại trừ tật khúc xạ (Xem bài thử thị lực và thử kính).

1.2. Phân loại mức độ giảm thị lực theo tổ chức y tế thế giới (WHO)

- + Thị lực > 7/10 : Bình thường
- + Thị lực > 3/10 - 7/10 : Giảm
- + Thị lực ĐNT 3 m - 3/10 : Giảm nhiều
- + Thị lực < ĐNT 3 m : Mù

1.3. Một số đặc điểm dịch tễ học

Mờ mắt là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân gây bệnh tại mắt.

- *Thế giới:* Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới có khoảng 41 đến 52 triệu người bị mù hoặc tổn hại thị giác trên thế giới, trong đó 90% ở các nước đang phát triển và 80% bị mù do các bệnh mắt có thể chữa và phòng được.

- *Việt Nam:*

+ Từ năm 1995 cho tới nay có rất nhiều các cuộc điều tra và cho nhiều con số thống kê; Năm 1990, một cuộc điều tra có qui mô lớn nhất của viện Mắt, điều tra 15.071 người ở 8 tỉnh thấy nguyên nhân gây mù do đục TTT cao nhất chiếm 58%, đứng sau đó là mắt hột, viêm màng bồ đào và đáy mắt, bệnh glôcôm, bệnh ở giác mạc, tật khúc xạ...

+ Năm 1996, một cuộc điều tra về dịch tễ học mù loà và một số bệnh về mắt ở 13 tỉnh đại diện cho 8 vùng sinh thái do viện Mắt chủ trì dưới sự chỉ đạo của GS. Cù Nhân Nại

và PGS. Hoàng Thị Luỹ cho thấy: Tỷ lệ mù một mắt là 1,18%, hai mắt là 1,25%; Tỷ lệ người có thị lực thấp là 5,8%. Nguyên nhân gây mù loà 2 mắt đứng đầu là đục thủy tinh thể chiếm 70,7%, bệnh glôcôm chiếm 6,3%, quặm chiếm 5,2%, viêm màng bồ đào và bệnh đáy mắt chiếm 4,2%, sẹo giác mạc 2,6%.

Với những kết quả nghiên cứu trên cho ta một nhận định là: tỷ lệ mù loà ở nước ta cao so với các nước trên thế giới và phần lớn nguyên nhân gây mù loà là do các bệnh có thể chữa được và phòng được. Vậy đứng trước một trường hợp bị mờ mắt cần thăm khám có hệ thống để tìm ra nguyên nhân, đầu tiên phải hỏi lý do đến khám, hỏi bệnh sử, tiền sử, loại trừ tật khúc xạ, khám thực thể để phát hiện bộ phận bị tổn thương và đưa ra được quyết định xử trí phù hợp, điều trị tại cộng đồng hay chuyển tuyến có chuyên khoa. Mờ mắt được xếp làm hai loại:

- Mờ mắt từ từ.
- Mờ mắt đột ngột.

2. Các nguyên nhân gây mờ mắt

2.1. Các nguyên nhân gây mờ mắt từ từ

2.1.1. Mờ mắt do tật khúc xạ: (xem bài tật khúc xạ)

2.1.2. Mờ mắt do rối loạn điều tiết

- *Lão thị:*

Lão thị là hiện tượng rối loạn về điều tiết chức năng sinh lý của con mắt, thường gặp ở tuổi 40 trở lên do lão hoá. Lão hoá làm cho thủy tinh thể mất tính chất đàn hồi không có khả năng co, giãn để kéo tiêu điểm về đúng trên võng mạc khi mắt nhìn gần. Biểu hiện lâm sàng khi đọc sách để ở khoảng cách bình thường (30cm) không rõ. Muốn nhìn rõ phải để khoảng cách xa hơn bình thường hoặc phải thay vào đó bằng một kính hội tụ gọi là kính lão, nếu không đeo kính lão mắt luôn luôn phải điều tiết nên khi đọc sách lâu hay bị mỏi mắt, chảy nước mắt. Ở tuổi 40 thường đeo kính + 0,5 điốp đến + 1 điốp. Cứ 5 tuổi thì số kính tăng thêm từ + 0,5 điốp đến +1 điốp. Ở người có viễn thị thì phải đeo số kính lão cao hơn người chính thị. Người bị cận thị tuổi cao không phải đeo kính lão hoặc đeo số kính thấp hơn người chính thị. Chỉ nghĩ đến lão thị khi thị lực nhìn xa còn tốt. Khi nghĩ đến lão thị người bác sĩ tại cộng đồng phải biết tư vấn cho người bệnh đến cơ sở chuyên khoa khám để có chẩn đoán xác định và xử trí đúng.

- *Giãn đồng tử do nhỏ thuốc:*

Tra thuốc giãn đồng tử để điều trị một số bệnh tại mắt hoặc để soi đáy mắt phát hiện các tổn thương ở phía sau. Sau khi nhỏ thuốc giãn đồng tử bệnh nhân nhìn mọi vật không rõ vì bị liệt điều tiết tạm thời. Khi thuốc hết tác dụng đồng tử co lại thì khả năng nhìn lại trở về bình thường. Ví dụ tra dung dịch atropin làm cho đồng tử giãn từ 7 đến 10 ngày mới co lại bình thường vì vậy trước khi tra thuốc này phải giải thích kỹ cho bệnh nhân, cho bệnh nhân nghỉ lao động và không được tự lái xe bất kỳ phương tiện gì trong thời gian thuốc còn

tác dụng. Hiện nay đã có một số thuốc giãn nhanh, nó làm giãn đồng tử trong thời gian từ 10 phút đến 15 phút và co lại hoàn toàn sau 24 tiếng đỡ gây phiền hà cho bệnh nhân.

2.1.3. Mờ mắt do các bệnh thuộc bán phần trước

- *Sẹo ở giác mạc:*

Theo thống kê của Viện Mắt Trung ương năm 1996 sẹo giác mạc gây mù 2 mắt chiếm 2,6% các bệnh gây mù tại mắt.

Sẹo ở giác mạc thường do biến chứng của bệnh viêm giác mạc, loét giác mạc hoặc do chấn thương để lại, sẹo gây giảm thị lực nhiều hay ít phụ thuộc vào vị trí và kích thước của sẹo ở giác mạc. Nếu sẹo dày, rộng, nằm ở trung tâm giác mạc làm cho thị lực giảm nhiều có khi chỉ còn bóng bàn tay hoặc ST (+). Trường hợp sẹo ở chu biên giác mạc thị lực giảm ít hơn. Đứng trước một trường hợp mờ mắt mà khi hỏi tiền sử có một trong các bệnh nói trên phải dùng đèn chiếu vào giác mạc xem có những chấm hoặc những đám mờ không, nếu thấy có hoặc không có đều phải gửi bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa khám để phòng biến chứng nặng do các bệnh khác gây nên. Một số trường hợp sẹo mới, sẹo mỏng có khả năng làm mất sẹo bằng các phương pháp tiêm hydrocortison, chạy điện giác mạc bằng dionin hoặc hydrocortison tại các cơ sở chuyên khoa. Một số trường hợp sẹo dày ở trung tâm có thể ghép giác mạc làm tăng thị lực tại các bệnh viện chuyên khoa sâu, nhưng tốn kém về kinh tế không phải ai cũng có điều kiện, mặt khác phương pháp này cũng có trường hợp không thành công do mảnh ghép bị đục.

- *Bệnh đục thủy tinh thể:*

Đục thủy tinh thể là nguyên nhân gây mù loà hàng đầu trong các bệnh gây mù tại mắt. Trên thế giới có khoảng 20 triệu người bị mù, hàng chục triệu người bị giảm thị lực do đục thủy tinh thể đục. Hàng năm có thêm khoảng 1,2 triệu người bị tàn tật thị giác. Ở Việt Nam theo thống kê 1996 Bệnh đục thủy tinh thể chiếm 5,96% trong đó loại đục thủy tinh thể hoàn toàn gây mù 2 mắt chiếm 0,84% trong toàn dân, đục một mắt chiếm 0,57%. Đục thủy tinh thể phân bố không đều ở các vùng sinh thái. Miền Nam có tỷ lệ cao nhất, sau đó là miền Trung, miền Bắc có tỷ lệ thấp hơn. Vùng đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ 3,56% cao nhất trong 8 vùng sinh thái, sau đó đến vùng biển, thấp nhất là vùng núi Tây Nguyên, vùng núi phía Bắc. Nam và nữ cũng có tỷ lệ khác biệt. Nữ có tỷ lệ đục thủy tinh thể toàn bộ cao hơn hẳn nam giới là: nam 31,3%, nữ là 68,7%. Có sự cách biệt là do: tuổi thọ của nữ cao hơn nam, người phụ nữ trong gia đình có mối quan hệ xã hội hẹp nên ít được quan tâm đi chữa. Tỷ lệ đục thủy tinh thể hoàn toàn gây mù ở người Kinh là 1,94%, dân tộc ít hơn là 1,06%. Người dân tộc có tỷ lệ đục thủy tinh thể thấp hơn người Kinh chưa giải thích được, một điều chắc chắn rằng người dân tộc điều kiện sinh hoạt, ăn uống, trình độ dân trí thấp hơn người Kinh; Điều kiện chăm sóc sức khỏe ban đầu kể cả việc đi khám chữa bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Cho tới nay vấn đề đục thủy tinh thể và dân tộc cần phải nghiên cứu sâu thêm về các mặt liên quan như yếu tố khí hậu, nòi giống và tập quán, để có được một nhận xét thoả đáng.

Bệnh đục thủy tinh thể được chia làm bốn loại: bẩm sinh, bệnh lý, tuổi già, chấn thương.

+ *Đục thủy tinh thể tuổi già*: Theo thống kê năm 1996 tỷ lệ đục thủy tinh thể toàn bộ 2 mắt chung là 1,07%, trong đó loại đục thủy tinh thể tuổi già chiếm 96,5% (xem bài đục thủy tinh thể tuổi già).

+ *Đục thủy tinh thể bẩm sinh*: Xuất hiện khi đứa trẻ vừa sinh ra hoặc xuất hiện sau đó vài tháng, vài năm. Theo thống kê năm 1996 tỷ lệ đục thủy tinh thể 2 mắt ở 13 tỉnh thành là 1,07% trong đó đục thủy tinh thể bẩm sinh chiếm 0,35%. Những trường hợp đục hoàn toàn cả hai mắt chẩn đoán không khó, ta thấy phía sau đồng tử là một màu trắng. Những trường hợp đục vùng chẩn đoán khó hơn. Khi chẩn đoán đục thủy tinh thể bẩm sinh hoặc nghi ngờ đều phải gửi bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa để khám và xử trí kịp thời. Nói chung đục thủy tinh thể bẩm sinh phải được phẫu thuật sớm để giải phóng thị lực nếu không sẽ dẫn đến nhược thị, trẻ sẽ bị mù. Đục thủy tinh thể bẩm sinh phải được tiến hành phẫu thuật tại các bệnh viện chuyên khoa có phương tiện máy móc và trình độ kỹ thuật tốt. Nhiệm vụ của bác sĩ tuyến cộng đồng là phải chẩn đoán được bệnh và gửi bệnh nhân đi kịp thời.

+ *Đục thủy tinh thể do sang chấn*: Một vết thương xuyên nhãn cầu dụng cụ chạm vào thủy tinh thể hoặc một sang chấn dụng đập nhãn cầu mạnh cũng có thể làm cho thủy tinh thể đục. Theo thống kê năm 1996 đục thủy tinh thể do sang chấn một mắt là 5,7%, hai mắt là 0,7%. Đục thủy tinh thể do sang chấn cũng tiến triển từ từ biểu hiện thị lực giảm dần, mắt không đau nhức. Không có thuốc điều trị làm cho vùng đục thủy tinh thể tan, cần phải chờ đợi cho thủy tinh thể đục gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn mới nên mổ lấy thủy tinh thể tại cơ sở có chuyên khoa hoặc các đợt phẫu thuật phòng chống mù loà tại cơ sở do các trạm phòng chống mù loà hoặc các bệnh viện tuyến trên tổ chức.

+ *Đục thủy tinh thể bệnh lý*: Đục một mắt chiếm 7,3%, hai mắt chiếm 2,1% theo thống kê năm 1996. Một số bệnh toàn thân làm cho thủy tinh thể đục, đứng đầu là bệnh đái tháo đường. Qua nghiên cứu cho thấy sự chuyển hoá Glucoza biến đổi trong thủy tinh thể dẫn đến sự tích lũy Sorbitol và những thay đổi về thẩm thấu dẫn đến đục thủy tinh thể. Những bệnh nhân đái tháo đường thủy tinh thể đục tiến triển nhanh hơn và hay gặp ở tuổi trên 40. Một số bệnh tại mắt như glôcôm, viêm màng bồ đào làm cho thủy tinh thể đục do thủy tinh thể bị ngấm thủy dịch và thiếu dưỡng lâu ngày. Đục thủy tinh thể do đái tháo đường có thể ngăn chặn sự tiến triển của nó bằng điều trị tích cực bệnh đái tháo đường. Hầu hết các trường hợp đục thủy tinh thể bệnh lý cần được phẫu thuật khi bị đục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn để mang lại ánh sáng cho người bệnh. Phẫu thuật phải được thực hiện tại cơ sở có chuyên khoa vì tiên lượng cuộc phẫu thuật khó khăn, có thể gây nhiều biến chứng trong phẫu thuật và thời kỳ hậu phẫu.

2.1.4. Mờ mắt do các bệnh ở mắt thuộc bán phần sau

Viêm màng bồ đào và bệnh ở đáy mắt là một trong 5 bệnh gây mù 2 mắt chiếm 4,2% đứng thứ tư sau đục thủy tinh thể, glôcôm, quặm, cao hơn sẹo giác mạc.

• *Đục dịch kính*: Đục dịch kính làm cho thị lực giảm, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Biểu hiện lâm sàng: có cảm giác ruồi bay hoặc có một đám mờ che ở trước mắt luôn chuyển

động. Khi soi ánh đồng tử ta thấy có những thể chơi vơi trong buồng dịch kính, thị lực giảm nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tiến triển của bệnh. Nguyên nhân gây đục dịch kính thường do viêm màng bồ đào sau, cần chuyển bệnh nhân lên cơ sở chuyên khoa để có chẩn đoán xác định, điều trị đúng và kịp thời.

- *Các bệnh vùng hoàng điểm và võng mạc:*

- + Viêm hắc võng mạc trung tâm: Thị lực giảm, mắt không đau nhức, nhìn có quang đén trước mắt, nhìn vật biến dạng đường thẳng thành đường cong, soi đáy mắt thấy vùng hoàng điểm cương tụ, phù, có nhiều chấm xuất tiết.

- + Thoái hoá sắc tố võng mạc: Bệnh có tính chất di truyền được biểu hiện thị trường thu hẹp, quáng gà, thị lực giảm dần rồi mù hần. Soi đáy mắt thấy nhiều tế bào xương.

Tất cả các trường hợp mờ mắt nói trên cần được phát hiện sớm tại cộng đồng và chuyển bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa ngay để được điều trị kịp thời ngăn chặn sự tiến triển của bệnh.

2.1.5. Mờ mắt do lác mắt

Lác cơ năng hay gây ra mờ mắt vì khi bị lác trục thị giác của một trong hai mắt có sự thay đổi, lệch vào trong hay ra ngoài như vậy vật nhìn không cùng trùng vào vùng hoàng điểm tương ứng, dần dần mắt lác bị loại ra khỏi vùng nhìn, thị lực giảm sút mà nhiều khi soi đáy mắt không thấy tổn thương. Mắt lác thường đi kèm với tật khúc xạ. Các chương trình khám thị lực học đường có thể phát hiện trẻ bị lác mắt và chuyển bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa để điều trị kịp thời phòng nhược thị. Phải điều nhược thị do lác trước 6 tuổi, sau 6 tuổi khả năng hồi phục ít.

2.2. Các nguyên nhân gây mờ mắt đột ngột

2.2.1 Mờ mắt đột ngột có tổn thương ở đáy mắt

- *Tắc động mạch trung tâm võng mạc:*

Là một bệnh cấp cứu nhãn khoa, nguyên nhân có thể là bệnh tim, bệnh nhiễm khuẩn, biểu hiện: Mờ mắt đột ngột, mắt không đau nhức. Soi đáy mắt thấy võng mạc vùng động mạch tắc bị phù trắng, hoàng điểm có màu đỏ thâm.

- *Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc:*

Nguyên nhân thường do bệnh tim, cao huyết áp, bệnh nhiễm khuẩn. Biểu hiện: Mờ mắt nhanh, trong vòng 2 - 3 ngày thị lực có khi chỉ còn ST (+). Soi đáy mắt thấy tĩnh mạch trung tâm giãn to, phình từng đoạn, có thể thấy những đám xuất huyết hình ngọn nến. Võng mạc quanh đĩa thị phù nề, cạnh đó có những đám xuất tiết màu vàng.

- *Viêm thị thần kinh:*

Nguyên nhân thường do nhiễm khuẩn. Biểu hiện lâm sàng: Thị lực giảm nhanh, soi đáy mắt thấy đĩa thị phù, võng mạc quanh đĩa thị phù.

- *Bong võng mạc:*

Nguyên nhân thường là do cận thị nặng hoặc chấn thương. Biểu hiện lâm sàng: Cảm giác chớp sáng ở trước mắt. Nhìn vật biến dạng, đường thẳng thành đường cong. Thị lực

giảm nhanh. Soi ánh đồng tử có màu xám nhạt tương ứng với vùng bong. Soi đáy mắt thấy võng mạc vùng bong lồi vào buồng dịch kính. Cần được siêu âm để xác định vùng bong, mức độ bong. Bác sỹ tại cộng đồng khi nghi bị bong võng mạc phải băng mắt bệnh nhân lại và chuyển bệnh nhân lên tuyến trên ngay.

- *Hội chứng xuất huyết dịch kính tái phát ở người trẻ (bệnh Eales):*

Nguyên nhân do viêm thành tĩnh mạch. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu thị lực giảm, mắt không đau nhức, soi ánh đồng tử thấy tối đen hoặc là chỗ đen chỗ hồng. Bệnh nhẹ có thể soi được đáy mắt thì thấy có xuất huyết trong buồng dịch kính. Bệnh hay tái phát, có thể gây biến chứng tăng nhãn áp. Bệnh thường gặp ở người trẻ từ 18 - 25 tuổi.

2.2.2. *Mờ mắt đột ngột không tổn thương ở đáy mắt*

- *Viên thị thần kinh hậu nhãn cầu:*

Mắt mờ đột ngột có khi từ 10/ 10 xuống còn đếm ngón tay hoặc ST (+), nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới mù vĩnh viễn. Trong trường hợp này soi đáy mắt không thấy tổn thương. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào.

- *Bệnh Itteria (hysteria)*

Thường gặp ở nữ trẻ, làm việc ở những nơi tập trung đông người. Bệnh nhân mờ mắt thường cả hai bên. Phản xạ đồng tử với ánh sáng vẫn còn. Đáy mắt không thấy tổn thương.

Chú ý: Đứng trước tất cả các trường hợp mờ mắt, các bác sỹ tại cộng đồng không thể có đủ phương tiện để khám xét và trình độ để chẩn đoán bệnh, vì vậy cần phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa ngay để được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời phòng biến chứng nặng gây mù loà vĩnh viễn.

BỆNH VIÊM KẾT MẠC

Mục tiêu

1. Trình bày được các nguyên nhân và triệu chứng lâm sàng của viêm kết mạc
2. Chẩn đoán được bệnh viêm kết mạc và điều trị được viêm kết mạc thông thường.
3. Trình bày được cách phòng chống bệnh viêm kết mạc.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học viêm kết mạc

Viêm kết mạc là một bệnh phổ biến ở nước ta, gặp ở bất kỳ tuổi nào, bệnh hay gặp ở nông thôn nơi có điều kiện vệ sinh thấp kém.

Là một bệnh rất dễ lây, có khi gây thành vụ dịch lớn, nhất là vào mùa hè vì bệnh lây bằng nhiều con đường.

Bệnh viêm kết mạc và bệnh mắt hột chiếm tới 70 - 80% trong tổng số bệnh nhân đến khám mắt đường lây:

- + Lây bằng đường hô hấp
- + Lây bằng tiết tố: Qua tay, khăn nước, bụi, ruồi, nhặng.

2. Nguyên nhân

- Do vi khuẩn: Liên cầu, tụ cầu, phế cầu, lậu cầu...
- Do vi rus: Adenovirus, Herpes, Zona.
- Do nấm: Nấm candida, nấm sợi:
- Do dị ứng: Các chất tiết, côn trùng, phấn hoa, dị ứng thời tiết, dị ứng thuốc, dị ứng nội sinh.
- Do hoá chất: axit, kiềm, cồn, i ốt.
- Do yếu tố vật lý: Gió bụi.

3. Các hình thái lâm sàng của viêm kết mạc

- Viêm kết mạc bẩm sinh
- Viêm kết mạc có nguyên nhân rõ rệt và hình thái lâm sàng rõ rệt:
 - + Viêm kết mạc Koch - wecks.
 - + Viêm kết mạc Morax - wecks.

+ Viêm kết mạc lậu ở trẻ sơ sinh:

Triệu chứng: Xuất hiện ở trẻ sau đẻ từ 1 - 2 ngày, 2 mi mắt mọng đỏ, không mở được mắt.

Khám: vành mi trẻ ra có nhiều mũ phổi ra mũ đặc sánh vàng như kem, mũ nhiều tái tạo rất nhanh.

Kết mạc phù nề cương tụ đỏ có khi rớm máu giác mạc có khi bị viêm loét hoại tử rất nhanh trong 2 - 3 ngày có thể gây thủng giác mạc phôi móng mắt, viêm mũ toàn bộ nhãn cầu. Đặc điểm bệnh thường xảy ra đồng thời cả 2 mắt.

Nguyên nhân do vi trùng lậu.

Đường lây: Qua đường sinh dục người mẹ hoặc do tay, khăn mặt, chậu của người bị lậu.

+ Viêm kết mạc do vi khuẩn bạch hầu (Loeffler) bệnh thường xuất hiện ở trẻ trên 5 tuổi.

Triệu chứng: 2 mi sưng húp, kết mạc mi cương tụ đỏ thẫm, có màng trắng phủ lên, màng này dài rất dai khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu và tái tạo lại rất nhanh, giả mạc này không tan trong nước (giác mạc tổn thương do thâm nhiễm tế bào viêm, có thể bị hoại tử gây nên ổ loét trên giác mạc), trường hợp nặng gây thủy giác mạc.

Viêm mũ toàn bộ nhãn cầu.

Toàn thân trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, gây xanh, sốt nhịp tim nhanh, thở nhanh, có thể xuất hiện giả mạc ở mũi họng.

- Viêm kết mạc có hạt:

+ Viêm kết mạc có nội thể, điển hình là viêm hạt có nội thể bể bơi, nguyên nhân do một loại siêu vi trùng to (lymphogranuloma - oculogenitale - psittacosis).

Có nhiều hình thái lâm sàng, bệnh phát sinh từ từ, sợ ánh sáng, kết mạc nhãn cầu đỏ nhẹ kết mạc mi và kết mạc cùng đồ dưới rất đỏ và phì đại, chảy nhiều nước mắt có ít tiết tố, có rất nhiều hạt trên kết mạc mi dưới, hạt mọc cùng một lứa tuổi và cùng vỡ, khi vỡ không để lại sẹo, bao giờ cũng có phản ứng nổi hạch trước tai.

- Viêm kết mạc mùa xuân (Viêm kết mạc dị ứng) là một loại viêm kết mạc dị ứng theo mùa.

Ở các nước Châu Âu thường phát sinh vào mùa xuân ở Việt Nam thường xuất hiện vào mùa hè từ tháng 5 đến tháng 10, bệnh gặp nhiều ở tuổi thanh thiếu niên (7 - 16 tuổi) nam nhiều hơn nữ.

Nguyên nhân chưa rõ ràng, có tác giả cho là do dị ứng, có tác giả cho là do rối loạn nội tiết.

Triệu chứng:

Cơ năng: mắt không mở được rộng, ngứa mắt thành từng đợt, càng dụi càng ngứa đôi khi có chảy nước mắt sợ ánh sáng.

Thực thể: Lật mi trên thấy kết mạc sụn mi trên, có rất nhiều nhú gai phì đại có hình kê ô như lát gạch, giữa các nhú gai gần bằng các rãnh, nằm trong rãnh là tiết tố hình sợi, dai, dính.

- *Viêm kết mạc họng hạch (hội chứng APC)*

Nguyên nhân do virus hạch (Adeno virus) viêm kết mạc họng hạch thường gây thành vụ dịch lớn nhất là vào mùa hè.

Bệnh khởi phát đột ngột:

Mắt đỏ, mi sưng, nhiều trường hợp không mở được mắt: đau cộm, nóng rát, cảm giác có cát bụi trong mắt, nhìn không mờ, có nhiều tiết tố, sáng ngủ dậy, tiết tố có thể dính chặt hai mi.

- Khám thấy kết mạc phù nề đỏ mọng, có khi phòi ra ngoài khe mi, có trường hợp kết mạc rạn nứt rớm máu, nhất là trẻ nhỏ, toàn thân, có trường hợp sốt, đau họng, nổi hạch trước tai.

Khi các triệu chứng râm rộ trên kết mạc bắt đầu giảm, có một số bệnh nhân thấy chói chảy nước mắt, nhìn mờ. Khám thấy trên giác mạc có những chấm viêm rải rác trên bề mặt giác mạc (viêm giác mạc chấm).

4. Triệu chứng lâm sàng chung cho các loại viêm kết mạc

- *Triệu chứng cơ năng:*

Viêm kết mạc dù do nguyên nhân gì cũng thường có chung các triệu chứng sau:

+ Đau cộm rát cảm giác có cát bụi trong mắt, chảy nước mắt.

+ Có nhiều tiết tố (rử mắt) là triệu chứng đặc trưng nhất của bệnh viêm kết mạc.

+ Mắt nhìn không mờ, nếu có nhìn mờ thì bao giờ cũng có tổn thương trên giác mạc hoặc các bệnh bên trong nhãn cầu.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Cương tụ mạch máu (cương tụ kết mạc): Các mạch máu lớp nông của kết mạc cương tụ đỏ, nếu viêm cấp có thể bị xuất huyết thường gặp viêm kết mạc ở trẻ em.

Cần phân biệt cương tụ mạch máu nông và sâu. (Phân biệt giữa cương tụ kết mạc và cương tụ rìa). Cương tụ kết mạc gặp trong bệnh viêm kết mạc, kết mạc đỏ tươi càng về cùng độ càng đỏ, càng ra vùng rìa càng nhạt dần.

Tra adrenalin 1% sau 3 phút kết mạc trắng bình thường.

Cương tụ rìa: Màu đỏ tím thẫm càng ra vùng rìa càng đỏ, càng vào cùng độ càng nhạt dần, biểu hiện cho các bệnh viêm trong nhãn cầu như bệnh: Viêm loét giác mạc, viêm móng mắt thể mi, bệnh glôcôm cương tụ.

Khi tra adrenalin 1% sau 3 phút kết mạc vẫn đỏ.

+ Phù nề kết mạc do huyết tương thoát ra ngoài thành mạch thấm vào các lớp của kết mạc, làm cho kết mạc dày, phù, phồng lên trường hợp nặng kết mạc phù nề có khi phòi ra ngoài khe mi.

+ Tiết tố (dử mắt) tiết tố là chất xuất tiết do viêm, tiết tố có thể đọng lại thành cục, có khi thành sợi dài, nó bám vào bờ mi, lông mi làm cho mắt không mở được, tiết tố làm cho bệnh lây lan mạnh.

Màng giả: Là một lớp tơ huyết phủ lên kết mạc mi, khó bóc, nếu bóc dễ chảy máu, tái tạo lại nhanh gặp trong viêm kết mạc bạch hầu.

+ Hột là sự tập hợp của các lớp tế bào viêm thành những đám, những đám này phát triển thành hột, hột trong viêm kết mạc thường nằm ở kết mạc mi dưới và kết mạc cùng đồ dưới, hột có chung một lứa tuổi, khi khỏi không để lại sẹo (đặc điểm này dùng để phân biệt với hột của bệnh mắt hột).

5. Chẩn đoán

- *Chẩn đoán xác định:*

Dựa vào triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể đặc biệt là triệu chứng có tiết tố (dử mắt); Có cương tụ kết mạc.

- *Chẩn đoán phân biệt:*

+ Chẩn đoán phân biệt với bệnh glôcôm góc đóng cơn cấp.

Giống nhau: Mắt đều đỏ, có cương tụ kết mạc toàn bộ.

Khác nhau ở chỗ trong bệnh glôcôm có nhãn áp tăng cao, thị lực giảm, đồng tử giãn, mắt phản xạ không có tiết tố.

+ Chẩn đoán phân biệt với bệnh viêm mống mắt thể mi:

Bệnh viêm kết mạc giống với viêm mống mắt thể mi là mắt đều đỏ, có cương tụ kết mạc toàn bộ.

Khác nhau ở chỗ trong viêm mống mắt thể mi đồng tử co nhỏ dính méo mó, thị lực giảm và không có tiết tố.

6. Điều trị

- *Điều trị chung:*

+ Rửa mắt và bơm rửa lệ đạo hàng ngày bằng nước muối sinh lý 9‰. Tra các dung dịch kháng sinh theo kháng sinh đồ, hoặc dùng 1 hoặc 2 loại dung dịch kháng sinh sau: Dung dịch cloroxit 4%. Dung dịch gentamycin 0,3%, dung dịch thimerozan 0,3%; dung dịch okacin 0,3%, dung dịch ciloxan 0,3%. Ngày tra 4 - 6 lần.

Thuốc mỡ có thể dùng một trong các loại thuốc sau:

Mỡ tetracyclin 1%, mỡ gentamycin 0,3%, mỡ aureomycin 1%, trường hợp nặng có thể dùng kháng sinh tiêm dưới kết mạc: penixilin 200.000đv / 24h, 3 ngày tiêm 1 lần hoặc tiêm gentamycin.

Kết hợp với uống hoặc tiêm kháng sinh toàn thân.

Uống: tetracyclin 0,25g × 6v / 24h

hoặc amoxicilin 0,5g × 4v / 24h

hoặc opuse 200 mg × 3v / 24h

Dùng từ 7 đến 10 ngày hoặc tiêm penixilin 1.000.000 đv/24h.

hoặc gentamycin 80 mg/24h hoặc cefotaxin 1g / 24h dùng liên tục từ 7 - 10 ngày.

+ Dùng vitamin C, B₁, B₂, AD₃.

- Điều trị theo các hình thái lâm sàng.

+ Điều trị viêm kết mạc lậu: Tại mắt tra dung dịch penixilin 1% cứ 30 phút tra 1 lần.

Tiêm penixilin dưới kết mạc: 50.000đv/24h tiêm liên tục 10 ngày kết hợp với tiêm penixilin toàn thân tiêm trong 10 ngày.

Phòng bệnh: Rửa mắt cho trẻ sơ sinh bằng thuốc tím 1/5000 tra dung dịch nitrat bạc 0,1%, tra dung dịch argyrol 3%tra trong vòng 10 ngày liền.

Phương pháp (rédé) kết hợp điều trị bệnh lâu cho người mẹ.

+ Điều trị viêm kết mạc do vi khuẩn bạch hầu tiêm anatoxin bạch hầu 10.000đv/24h tiêm trong vòng 10 ngày.

Tra dung dịch penixilin 1% cứ 30 phút tra 1 lần,tiêm penixilin toàn thân 500.000 đv đến 1.000.000 đv/24 giờ tiêm trong vòng 10 ngày. Dùng thuốc trợ tim và các vitamin.

Phòng bệnh:

Rửa mắt bằng khăn mặt sạch, chậu riêng, nước sôi để nguội.

Cách ly người bệnh tránh lây từ người này sang người khác.

+ Điều trị viêm kết mạc mùa xuân.

Chưa có thuốc đặc hiệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng bằng thuốc có corticoid tra hoặc tiêm dưới kết mạc bệnh hay tái phát lại tra mỡ hydrocortison 1%, mỡ cloroxit - H 1% ngày tra 2 lần kết hợp với tiêm hydrocotison dưới kết mạc.

Có thể điều trị bằng phẫu thuật nếu nhú gai to cộm vào giác mạc thì gọt bỏ các nhú gai rồi vá niêm mạc môi.

+ Điều trị viêm kết mạc hợng hạch:

Không có thuốc đặc hiệu, vệ sinh mắt, rửa mặt bằng nước sạch, khăn mặt chậu riêng cùng một số thuốc kháng sinh tra tại chỗ và uống toàn thân để tiêu diệt các vi khuẩn khác tạo điều kiện cho bệnh tự khỏi.

Dùng dd cloroxit 0,4% cứ 30 phút tra 1 lần, dd gentamycin 0,3% ngày tra 6 lần, dung dịch ciplox 0,3% ngày tra 6 lần, thuốc mỡ tetracyclin 1% ngày tra 2 lần, mỡ gentamycin 0,3% ngày tra 2 lần, mỡ aureomycin 1% ngày tra 2 lần kết hợp với uống hoặc tiêm kháng sinh toàn thân.

Kết hợp với xông lá dâu hoặc xông lá trầu.

Phòng bệnh:

Khi có người bị viêm kết mạc phải cách ly bệnh nhân đeo khẩu trang, không rửa chung khăn mặt chậu, tiêu diệt ruồi, nhặng.

+ Điều trị viêm kết mạc bề bơi: Nhỏ thuốc dd aureomyxin 1%, mỡ tetracyclin 1%, uống sunfamid.

7. Phòng bệnh

- Cá nhân: Rửa mặt bằng nước sạch khăn mặt chậu riêng, rửa tay sạch trước khi sờ lên mắt, không tiếp xúc với người bị viêm kết mạc, nếu phải tiếp xúc thì phải đeo khẩu trang, đi ngủ phải nằm màn.

- Tập thể: Môi trường và xã hội phải tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh cho tất cả người dân trong cộng đồng. Tuyên truyền về các đường lây của bệnh, cải thiện môi trường sống nước sạch, hố xí hợp vệ sinh, xử lý tốt các chất thải, tiêu diệt ruồi nhặng.

BỆNH MẮT HỘT

Mục tiêu

1. Liệt kê được các tổn thương cơ bản của bệnh mắt hột.
2. Trình bày được các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh mắt hột.
3. Trình bày được cách điều trị bệnh mắt hột.
4. Trình bày được cách phòng bệnh mắt hột

Nội dung

1. Định nghĩa bệnh mắt hột

Bệnh mắt hột là một viêm kết mạc, giác mạc đặc hiệu lây lan có tính chất mãn tính, do vi khuẩn Chlamydia trachomatis gây nên. Có đặc tính lâm sàng là có nhiều hột trên kết mạc qua nhiều giai đoạn phát triển khác nhau, trên nền tảng thâm lậu của lớp bạch nang, có màng máu, có thể kèm theo hột trên giác mạc. Tất cả những tổn thương này thường kết thúc bằng quá trình làm sẹo.

2. Đặc điểm dịch tễ của bệnh mắt hột

- *Tỷ lệ mắc bệnh:*

+ Bệnh mắt hột có thể gặp ở hầu hết các nước trên thế giới, sau nhiều năm phòng chống bệnh mắt hột, tỷ lệ bệnh mắt hột đã giảm rõ rệt, đặc biệt ở các nước phát triển trên thế giới đã thanh toán xong bệnh mắt hột.

+ Ở Việt Nam từ năm 1965 trở về trước bệnh mắt hột ở giai đoạn hoạt tính chiếm 60% đến 70%, tỷ lệ mắc bệnh ở các vùng không đồng đều (vùng biển chiếm 80%, vùng đồng bằng chiếm 70%, vùng núi chiếm 30%).

Là một bệnh đứng hàng đầu trong các bệnh về mắt.

Sau nhiều năm phòng chống bệnh mắt hột, tỷ lệ bệnh đã giảm rõ rệt.

Năm 1990 Bác sĩ Vũ Công Long điều tra về dịch tễ học bệnh mắt hột trong toàn quốc cho thấy tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính chỉ còn 17,5%. Bệnh gặp nhiều ở tuổi 1 - 7 tuổi nữ nhiều hơn nam.

+ Hiện nay, ở Việt Nam, mắt hột vẫn là nguyên nhân gây mù đứng thứ tư, chiếm tới 4,79% tổng số mù 2 mắt ở người trên 50 tuổi.

- *Yếu tố nguy cơ:*

+ Các nước có nền kinh tế chậm phát triển, đời sống thấp kém, phong tục tập quán lạc hậu, vệ sinh môi trường.

+ Vệ sinh cá nhân kém: Dùng chung chậu, khăn rửa mặt...

- *Nguyên nhân gây bệnh mắt hột:*

Do vi khuẩn *Chlamydia trachomatis*, là một loại vi khuẩn đặc biệt có khả năng gây bệnh ở niêm mạc mắt, đường sinh dục, đường hô hấp...

- *Đường lây:* từ mắt người này sang mắt người khác qua những vật trung gian: tay bẩn, khăn mặt, chậu, nước bẩn, ruồi...

- *Ổ lây truyền:* các tập thể đông người, nhà trẻ, trường học, gia đình đông con hoặc người thầy thuốc kẹp hột bị chất hột bắn vào mắt.

Trong 4 thời kỳ bệnh mắt hột thì thời kỳ TRI, TRII, TRIII_a lây lan mạnh nhất.

3. Các tổn thương cơ bản

- *Tổn thương trên kết mạc: thâm lậu, hột, sẹo.*

+ **Thâm lậu:** là hiện tượng xâm nhập tế bào viêm (tế bào limpho) vào tổ chức bạch nang của kết mạc trên lâm sàng thâm lậu làm cho kết mạc dày đỏ che lấp các mạch máu phía sau.

+ **Hột:** là một tổn thương cơ bản được dùng để chẩn đoán bệnh mắt hột, hột trong bệnh mắt hột phát triển qua nhiều giai đoạn khác nhau. Bắt đầu từ hột non phát triển thành hột trưởng thành đến hột chín, rồi vỡ tạo thành sẹo, hột tồn tại ít nhất là 6 tháng.

Hột non: hột xuất hiện ở kết mạc sụn mi trên bằng những chấm vàng nằm ở chỗ rẽ của các mạch máu, gọi là tiền hột. Còn hột mọc ở kết mạc cùng đồ bằng những hột nổi lên hình nửa bán cầu gọi là hột non.

Hột trưởng thành là những hột nổi rõ trên kết mạc gần như hình cầu, hột trong và bóng.

Hột chín, có thể có nhiều hột trưởng thành đúc nhập vào nhau tạo thành u hột, bắt đầu có hiện tượng hoại tử trong lòng hột, làm cho hột có màu trắng đục, khi chạm vào hột rất dễ vỡ.

+ **Sẹo:** Sẹo là những tổn thương đặc biệt nhất để chẩn đoán bệnh mắt hột, chỉ có hột trong bệnh mắt hột khi vỡ mới để lại sẹo.

Hình thái sẹo rất phong phú, rất đa dạng: dấu chấm, dấu phẩy, dấu sắc, hình sao, hình đa giác, có khi sẹo dài, dày cắt đứt các mạch máu của kết mạc, sẹo nhiều gây co kéo làm hẹp khe mi, cận cùng đồ gây nên quặm.

Ngoài 3 tổn thương cơ bản trên, còn thấy có gai máu: trên lâm sàng, gai máu là những nhú gai có danh giới rõ rệt, giữa nhú gai là một chùm mao mạch.

Nhú gai không phải là tổn thương đặc hiệu của bệnh mắt hột, vì các loại viêm kết mạc mãn tính đều có như gai.

- *Tổn thương trên giác mạc có hạt, thâm lậu, sẹo, tân mạch.*

+ **Thâm lậu:** là sự xâm nhập của tế bào viêm vào lớp liên bào của giác mạc làm cho giác mạc mờ đục, thâm lậu xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn đầu của bệnh và tồn tại lâu hơn hạt.

+ **Hạt:** Hạt mọc trên giác mạc rất có giá trị để chẩn đoán bệnh mắt hạt, thường có từ 2 - 8 hạt mọc ở cực trên sát rìa giác mạc.

+ **Sẹo:** Khi hạt thoái triển để lại di chứng sẹo ở vùng rìa giác mạc, dưới hình thái lõm hạt, lưỡi liềm sẹo hoặc đường viền quanh vùng rìa.

+ **Tân mạch,** thường xuất hiện ở cực trên giác mạc đôi khi xuất hiện ở cực dưới hoặc toàn bộ chu vi của giác mạc.

Tân mạch không phải là tổn thương đặc hiệu của bệnh mắt hạt, nó chỉ là phản ứng tự vệ của giác mạc đối với sự xâm nhập của các tác nhân vào giác mạc.

- *Các tổn thương cơ bản của các giai đoạn:* Bảng phân loại thường được áp dụng tại Việt Nam chia bệnh mắt hạt làm 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn TRI: TRI_a: tiền hạt, hạt non.

TRI_b: hạt trưởng thành chiếm ưu thế.

+ Giai đoạn TRII: Hạt chín chiếm ưu thế.

+ Giai đoạn TRIII là thời kỳ làm sẹo.

TRIII_a: sẹo chiếm ưu thế, còn hạt, còn nhiều thâm lậu.

TRIII_b: sẹo chiếm ưu thế, hết hạt còn thâm lậu.

+ TRIV: trên kết mạc chỉ còn lại sẹo.

- *Đặc điểm từng thời kỳ bệnh mắt hạt*

• *Trên kết mạc:*

+ Giai đoạn TRI là thời kỳ bắt đầu của bệnh thường gặp ở trẻ từ 2 đến 5 tuổi, sớm nhất là 6 tháng, bệnh mắt hiệu âm thâm đôi khi có ít tiết tố, hơi cộm. Khám lật kết mạc sụn mi trên thấy có tiền hạt, hạt non ở cùng đồ sau 3 đến 4 tháng hạt tăng dần, phát triển ra các vị trí khác nhau của kết mạc, hạt non phát triển dần thành hạt trưởng thành, thời kỳ này kéo dài từ 3 tháng đến 3 năm.

+ Giai đoạn TRII (là thời kỳ toàn phát) thường gặp ở trẻ từ 5 đến 10 tuổi thời kỳ này trên kết mạc, hạt chín chiếm ưu thế, đã có một số hạt đã vỡ để lại sẹo, đây là thời kỳ râm rộ nhất, thâm lậu dày đỏ. Trên giác mạc cực trên có thể có thâm lậu, hạt, tân mạch, thời kỳ này kéo dài từ 1 năm đến 2 năm.

+ Giai đoạn TRIII (là thời kỳ làm sẹo) nhiều hạt chín đã vỡ để lại sẹo, bằng mắt thường cũng có thể nhìn thấy được, trên kết mạc còn thâm lậu có thể còn hạt. Trên giác mạc các tổn thương hoạt tính cũng thoái triển theo thời kỳ này tiến triển nhanh hay chậm phụ thuộc vào tình trạng bội nhiễm.

Thời kỳ này kéo dài hàng năm, hàng chục năm có khi suốt cả đời người. Đây là thời kỳ gây nhiều biến chứng.

+ Giai đoạn TRIV (là thời kỳ kết thúc của bệnh trên kết mạc chỉ còn lại sẹo dưới nhiều hình thái khác nhau đây là thời kỳ không còn khả năng gây bệnh).

• *Trên giác mạc:*

Tổn thương trên giác mạc được biểu hiện bằng màng máu, màng máu là tổn thương đặc hiệu của bệnh mắt hột trên giác mạc, màng máu khu trú ở lớp lông, cực trên của giác mạc. Trên lâm sàng màng máu được thể hiện: Viêm biểu mô, thâm lậu, hột và tân mạch ở vùng rìa.

Màng máu là phản ứng đặc hiệu của giác mạc đối với vi khuẩn gây bệnh mắt hột và xâm nhập vào biểu mô của giác mạc.

Có 3 loại màng máu:

Màng máu triệu chứng là do tổn thương nguyên uỷ của bệnh mắt hột gây tổn thương trực tiếp trên giác mạc. Màng máu biến chứng do biến chứng của bệnh mắt hột gây lên điển hình là màng máu cơ giới do quặm.

Màng máu phối hợp là hình thái kết hợp giữa hai loại màng máu trên.

4. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh mắt hột dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm. Thực tế các triệu chứng lâm sàng được dùng để chẩn đoán còn xét nghiệm chỉ dùng trong nghiên cứu.

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng trên lâm sàng.

- Ở Việt Nam chẩn đoán xác định bệnh mắt hột dựa vào một trong năm tiêu chuẩn sau:

+ Có hột trên kết mạc sụn mi trên.

+ Có sẹo trên kết mạc.

+ Có hột ở rìa giác mạc.

+ Có di chứng hột ở rìa giác mạc.

+ Có màng máu.

- Theo tiêu chuẩn của OMS muốn chẩn đoán xác định bệnh mắt hột phải dựa vào hai trong năm tiêu chuẩn trên.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO (1987).

+ TF: bệnh mắt hột ở mức độ trung bình.

+ TI: bệnh mắt hột ở mức độ nặng thâm lậu nhiều trên kết mạc mi trên.

+ TS: bệnh mắt hột để lại sẹo trên kết mạc mi trên.

+ TT: bệnh mắt hột gây ra lông quặm, lông siêu.

+ CO: bệnh mắt hột gây ra sẹo đục trên giác mạc.

Chú ý:

+ TF: có ít nhất 5 hạt ở kết mạc sụn mi trên.

+ TI: kết mạc sụn mi dày đỏ.

+ TS: thấy rõ sẹo trên kết mạc sụn mi trên.

+ TT: có ít nhất một lông siêu cọ vào nhãn cầu.

- *Chẩn đoán phân biệt:*

+ Viêm kết mạc mùa xuân.

Cơ năng: Ngứa dữ dội, càng dụi càng ngứa, trên kết mạc sụn mi trên, có rất nhiều nhú gai to rõ rệt, kẹp không vỡ.

+ Viêm kết mạc có hạt: hạt chỉ mọc ở kết mạc mi dưới, cùng đồ dưới, cùng một lứa tuổi cùng chín, cùng vỡ, khi vỡ không để lại sẹo.

- *Chẩn đoán bằng xét nghiệm*

Làm tế bào học: lấy chất nạo hạt, đem nhuộm giem sa rồi đọc kết quả trên máy hiển vi: tìm tế bào lim pho các cỡ: non, nhỏ, già đặc biệt là tế bào lerber.

Nuôi cấy trong một số môi trường đặc biệt.

Gây bệnh thực nghiệm, trên người, hoặc trên khỉ.

5. Tiến triển và biến chứng

- *Tiến triển:*

Bệnh mắt hạt không bội nhiễm: có 2 phương thức.

Thuận chiều: TRI → TRII → TRIII → TRIV.

Đốt cháy giai đoạn TRI → TRIV.

Mắt hạt bội nhiễm: làm cho bệnh mắt hạt nặng và lây lan mạnh.

Từ TRI → TRII → TRIII không bao giờ về được TRIV, mắt hạt bội nhiễm có khi tồn tại suốt cả đời người.

- *Biến chứng:*

+ Viêm kết mạc phối hợp, làm thay đổi bản chất của bệnh mắt hạt do sự cộng sinh giữa *Chlamydia trachomatis* và vi khuẩn, làm cho bệnh mắt hạt nặng thêm và lây lan mạnh hơn.

+ Viêm bờ mi: bờ mi viêm sưng tấy đỏ, trường hợp nặng bờ mi loét đỏ chảy nước (toét mắt).

+ Lông siêu + quặm:

Là do mắt hạt xâm nhập vào các cơ của chân lông mi, làm cho lông mi xiêu vẹo về phía giác mạc do thâm lậu ăn sâu vào sụn làm cho sụn dày lên hình lòng máng kéo bờ mi sụp vào trong.

Do nhiều đợt sẹo đục nhập thành sẹo lớn co kéo bờ mi sụp vào trong.

+ Viêm loét giác mạc, do quặm quét lên giác mạc làm xước giác mạc, hoặc hột ở vùng rìa bị vỡ vi khuẩn xâm nhập vào gây viêm loét giác mạc.

+ Khô mắt: do tuyến lệ phụ bị viêm nhiễm, xơ hoá.

+ Viêm tắc lệ đạo, viêm mù túi lệ.

Viêm tắc lệ đạo: do hột mọc trong lòng ống lệ khi hột vỡ tạo thành sẹo, nhiều sẹo đúc nhập thành sẹo lớn, sẹo này co kéo làm cho lòng ống lệ bị chít hẹp lại, có khi bị tắt hoàn toàn.

Trên lâm sàng thấy nước mắt đọng suốt ngày đêm làm cho lông mi mắt bết vào nhau.

Viêm mù túi lệ: do hột mọc ở cổ túi lệ làm cho cổ túi lệ bị chít hẹp rồi tắc, nước mắt đọng ở túi lệ, vi khuẩn xâm nhập vào gây viêm túi lệ.

6. Điều trị

- Nguyên tắc chung:

+ Phải điều trị kiên trì, áp dụng nhiều phương pháp thích hợp, điều trị sớm.

+ Phải điều trị phối hợp nếu có như: viêm kết mạc, viêm giác mạc.

+ Điều trị phải tiến hành song song với công tác vệ sinh phòng bệnh.

- Điều trị bằng thuốc:

+ *Thuốc tra*: dung dịch sunfacilum 10% → 20%, ngày tra 2 lần.

Dung dịch cloroxit 0,4%, ngày tra 2 - 3 lần.

Thuốc nhỏ có thể dùng 1 trong các loại sau:

Mỡ tetracyclin 1%, ngày 1 - 2 lần.

Mỡ syntomycin 1%, mỡ aureomyxin 1%.

Đây là những thuốc thông thường rẻ tiền và dễ tìm.

+ *Thuốc uống*:

Trong những trường hợp nặng phải kết hợp thuốc tra và thuốc uống.

Trước đây thường cho uống: sunfamide, ngày nay ít dùng vì có nhiều biến chứng.

Thuốc uống được dùng rộng rãi nhất hiện nay áp dụng ở tuyến cơ sở là uống tetracyclin dùng cho người lớn, mỗi ngày uống từ 5 - 6 viên, dùng 1 đợt từ 7 - 20 ngày, thuốc rẻ tiền dễ tìm và có tác dụng tốt.

+ *Phác đồ tra thuốc*:

Phác đồ tra thuốc liên tục:

Mỗi ngày tra thuốc mỡ kháng sinh 1 lần., tra liên tục từ 3 tháng đến 6 tháng.

Phác đồ tra thuốc gián đoạn:

Mỗi ngày tra thuốc mỡ kháng sinh 2 lần, mỗi tuần tra thuốc 5 ngày, nghỉ tra thuốc 2 ngày.

Kết quả của hai phác đồ tra thuốc như nhau.

- Điều trị bằng cơ giới:

Phương pháp kẹp hột và day hột, hiện nay không áp dụng nữa vì nó để lại sẹo dày nếu có điều kiện dùng đông lạnh: dùng tuyết CO₂ áp trực tiếp lên diện hột, làm cho hột vỡ teo đi sau đó tiếp tục tra thuốc theo phác đồ trên.

- Điều trị biến chứng:

- + Viêm kết mạc phổi hợp: điều trị theo kháng sinh đồ.
- + Viêm bờ mi, dùng kháng sinh toàn thân và kháng sinh tại chỗ theo kháng sinh đồ.
- + Bị quặm: phải mổ quặm.
- + Viêm loét giác mạc do quặm, phải mổ quặm kết hợp điều trị viêm loét giác mạc.
- + Tắc lệ đạo: hàng ngày bơm rửa, thông lệ đạo, nếu bơm rửa bằng kháng sinh mà không khỏi có thể phải cắt bỏ túi lệ rồi tiếp khẩu lệ mũi.

7. Phòng bệnh

- Vệ sinh cá nhân: phải rửa riêng khăn mặt, chậu riêng, nước sạch, rửa tay sạch trước khi sờ lên mắt, nếu phải kẹp hột thì người thầy thuốc phải đeo kính bảo hộ. Đi ngủ phải nằm màn, để tránh ruồi bâu vào mắt.

- Vệ sinh môi trường: Là một bệnh mãn tính mang tính chất xã hội, trình độ hiểu biết và đời sống kinh tế được coi là nền tảng để đẩy lùi bệnh mắt hột trong cộng đồng các chương trình phòng chống bệnh mắt hột phải phối hợp với việc cải thiện nguồn nước sạch cho cộng đồng, phải giáo dục y tế và vệ sinh cho mọi người trong cộng đồng. Hồ xí hợp vệ sinh, giếng nước sạch, xử lý rác tốt, diệt ruồi nhặng.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC

Mục tiêu

1. Trình bày được các nguyên nhân và triệu chứng của bệnh viêm loét giác mạc.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh viêm loét giác mạc và cách phòng bệnh.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học và yếu tố nguy cơ

1.1. Đặc điểm dịch tễ học

Viêm loét giác mạc là một bệnh nhiễm trùng tại mắt rất hay gặp ở nước ta. Theo nghiên cứu của Trần Thị Chu Quý ở Bệnh viện đa khoa Thái Bình 1998 - 1999 thấy bệnh chiếm tỷ lệ 19,5% trong số các bệnh mắt.

Số bệnh nhân bị viêm loét giác mạc chủ yếu gặp ở lứa tuổi lao động chiếm 48,8% do vậy bệnh gây ảnh hưởng đến sức lao động và sinh hoạt của người dân.

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam nhiều hơn ở nữ. Nam chiếm 57,6%, nữ chiếm 42,2%. Do nam giới thường xuyên phải tiếp xúc với điều kiện làm việc nặng và có nhiều yếu tố nguy hơn nữ giới.

Bệnh nhân mắc bệnh chủ yếu ở nông thôn chiếm 98,5%, ở thành thị chỉ chiếm 1,5%. Sở dĩ có sự cách biệt như vậy là do ở nông thôn người dân sống bằng nghề lao động chân tay vì vậy dễ gặp chấn thương, nhất là những chấn thương trong nông nghiệp, trong sinh hoạt. Mặt khác do trình độ dân trí thấp, điều kiện chăm sóc y tế chưa kịp thời cho nên các vết thương có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn ở thành phố.

1.2. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ gây tổn hại tới sự toàn vẹn của biểu mô giác mạc và vi khuẩn, vi rút, nấm xâm nhập vào giác mạc gây viêm loét giác mạc. Các yếu tố nguy cơ hay gặp ở Việt Nam là:

+ Chấn thương: Chiếm 27,4% trong đó chấn thương trong nông nghiệp gặp nhiều nhất, thường do lá lúa quệt vào mắt, bùn đất, hạt thóc, bụi thóc... bắn vào mắt.

+ Biến chứng của bệnh mắt hột: Hiện nay còn gặp biến chứng của bệnh mắt hột để lại khá nguy hiểm đó là quặm chiếm 12,5%. Lòng quặm cọ sát lên giác mạc thường xuyên làm xước lớp biểu mô vi khuẩn xâm nhập vào gây viêm loét giác mạc.

+ Tiền sử có bệnh giác mạc như sẹo cũ, viêm giác mạc do vi rút, mắt cảm giác giác mạc.

+ Biến đổi cấu trúc dị dạng mi mắt: Liệt VII ngoại biên, hở mi sau zona, chấn thương.

+ Một số yếu tố nguy cơ khác: Suy giảm miễn dịch, khô mắt do thiếu vitamin A, đeo kính tiếp xúc. Theo một thống kê tại Mỹ: Yếu tố nguy cơ gặp hàng đầu gây viêm loét giác mạc là đeo kính tiếp xúc, chiếm 19% đến 42% bệnh nhân viêm giác mạc do vi khuẩn (Hội nhãn khoa Mỹ 1995, Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng, tập 8).

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây viêm loét giác mạc thường do vi khuẩn, vi rút, nấm trên cơ sở có một vết xước trên giác mạc.

3. Triệu chứng lâm sàng theo căn nguyên

Viêm loét giác mạc là hiện tượng tổ chức của giác mạc bị hoại tử, rữa nát tạo thành một ổ loét thực sự trên cơ sở vết xước giác mạc bị nhiễm khuẩn, vi rút hoặc nấm. Viêm loét giác mạc dù nguyên nhân gì nó đều có triệu chứng lâm sàng sau:

- + Đau nhức mắt, chói chảy nước mắt, sợ ánh sáng.
- + Cương tụ rìa (+).
- + Thị lực giảm.
- + Trên giác mạc có ổ loét rõ ràng hoặc đám mờ bất màu thuốc nhuộm.

Ngoài các triệu chứng chung nêu trên, mỗi một loại nguyên nhân nó đều có những đặc thù riêng của nó.

3.1. Do vi khuẩn

- Loét giác mạc do vi khuẩn là hiện tượng mất biểu mô và tổ chức dưới biểu mô của giác mạc kèm theo các hiện tượng hoại tử sinh mủ do vi khuẩn

- Triệu chứng cơ năng:

- + Đau nhức tại mắt, càng ra sáng càng nhức.
- + Nhìn mờ.
- + Chói, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.

- Triệu chứng thực thể:

- + Thị lực giảm nếu vết loét ở trung tâm, rộng thì thị lực giảm nhiều hơn ở ngoại vi.
- + Co quắp mi: Hai mi luôn co quắp mắt không mở được to.
- + Cương tụ rìa: Một vành mạch máu đỏ thẫm bao quanh vùng rìa.
- + Trên diện giác mạc thấy có một đám mờ hoặc ổ loét rõ ràng bất màu thuốc nhuộm. (Nhuộm giác mạc bằng dung dịch fluorescein 1% thấy ổ loét bất màu xanh lục). Có thể có một, hai hoặc nhiều ổ loét, ổ loét có thể bất kỳ vị trí nào trên giác mạc. Bờ ổ loét nham nhở, đáy ổ loét bản có mủ và tổ chức hoại tử. Xung quanh ổ loét có thâm lậu. Nếu ổ loét tiến triển lâu có tân mạch bò vào ổ loét.

- + Có thể có mũ tiền phòng do hiện tượng viêm sâu gây phản ứng viêm màng bồ đào. Mũ đặc hoặc loãng, nhiều hay ít nó phụ thuộc vào quá trình tiến triển của bệnh, có trường hợp mũ dày trong tiền phòng.

3.2. Do vi rút

Viêm loét giác mạc do vi rút là hiện tượng mất biểu mô và tổ chức dưới biểu mô kèm theo các hiện tượng hoại tử do vi rút gây ra. Vi rút gây viêm loét giác mạc thường gặp là vi rút Herpes.

- *Triệu chứng cơ năng:*

- + Đau nhức mắt, chói chảy nước mắt nhưng ít.
- + Sợ ánh sáng nhưng biểu hiện không rõ ràng.
- + Nhìn mờ.

- *Triệu chứng thực thể:*

- + Cương tụ rìa.
- + Giác mạc tổn thương thường ở trung tâm, nhưng cũng có thể ở bất kỳ vị trí nào trên giác mạc. Hình thái vết loét thường là hình cành cây, hình chân rết, hình bản đồ, bắt màu thuốc nhuộm.
- + Cảm giác giác mạc giảm hoặc mất do tổn thương dây thần kinh V.
- + Phần lớn các trường hợp xuất hiện các mụn nước ở da mi hoặc bờ mi.

- *Toàn thân:* bệnh nhân có thể sốt, phát ban. Phần lớn các trường hợp xuất hiện các mụn nước ở da mi hoặc bờ mi.

3.3. Do nấm

Viêm loét giác mạc do nấm là hiện tượng mất biểu mô và tổ chức dưới biểu mô của giác mạc kèm theo hiện tượng hoại tử sinh mũ do nấm gây ra.

- *Nguyên nhân:* Theo tài liệu của đại hội APAO tổ chức tại Seoul 6/1989 tỷ lệ viêm loét giác mạc do nấm ở nước ta khá cao, chiếm 23% viêm loét giác mạc. Chấn thương giác mạc do cây cối trong nông nghiệp là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây viêm loét giác mạc do nấm, ngoài ra hiện nay do hiện tượng dùng thuốc có corticosteroid và kháng sinh bừa bãi cũng là yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng nhiễm nấm của giác mạc.

- *Triệu chứng cơ năng:*

- + Đau nhức mắt, chói chảy nước mắt nhưng không rầm rộ.
- + Sợ ánh sáng không rõ ràng.
- + Nhìn mờ.

- *Triệu chứng thực thể:*

- + Cương tụ rìa.

- + Trên giác mạc có ổ loét khô, giới hạn rõ, bờ ổ loét lờm xờm như có lông đáy ổ loét chứa tổ chức hoại tử khô màu trắng xám nổi cao, khô ráp. Xung quanh ổ loét có thâm lậu ăn sâu vào lớp mô nhục giác mạc.
- + Nhuộm giác mạc bằng dung dịch fluorescein 1% thấy ổ loét bắt màu xanh lục.
- + Tiền phòng có thể có mủ, mủ không nhiều, ngấn mủ khoảng 1 mm đến 3 mm. Mủ dễ mất đi và dễ tái phát. Đây là một đặc điểm rất quan trọng giúp ta nghĩ đến viêm loét giác mạc do nấm.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng cơ năng, triệu chứng thực thể đã nêu đặc biệt là triệu chứng nhuộm giác mạc bằng dung dịch fluorescein 1% thấy ổ loét bắt màu xanh lục có giá trị chẩn đoán xác định viêm loét giác mạc.

4.2. Chẩn đoán căn nguyên

- Tại cơ sở: Vì chưa có điều kiện làm xét nghiệm, việc chẩn đoán nghĩ đến căn nguyên nào đó chủ yếu dựa vào tính chất đau nhức, đặc điểm về vị trí, hình thái ổ loét, bờ ổ loét, đáy ổ loét, tính chất của chất hoại tử của ổ loét đã nêu ở trên.

- Tại các bệnh viện chuyên khoa phải lấy bệnh phẩm để làm xét nghiệm ngay khi bệnh nhân mới vào viện. Bệnh phẩm là tổ chức hoại tử được nạo lấy từ vết loét. Xét nghiệm cần làm là:

- + Soi tươi tìm nấm.
- + Nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ giúp cho điều trị.

5. Tiến triển và biến chứng

Viêm loét giác mạc là một bệnh cấp tính do nhiều nguyên nhân gây nên, nếu không được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, bệnh sẽ tiến triển nặng lên và dẫn đến các biến chứng:

- Thủng giác mạc gây phôi mống mắt.
- Viêm màng bồ đào.

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc điều trị

- + Chống nhiễm trùng.
- + Loại trừ tác nhân gây viêm loét.
- + Chống dính và giảm đau.
- + Tăng dinh dưỡng tại giác mạc.
- + Điều trị biến chứng nếu có.

6.2. Các thuốc điều trị

6.2.1. Chống nhiễm trùng

- *Loét giác mạc do vi khuẩn:*

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn thuốc chống nhiễm trùng là quan trọng nhất. Dùng kháng sinh tốt nhất là phải theo kháng sinh đồ. Trong điều kiện không có khả năng làm kháng sinh đồ hoặc làm kháng sinh đồ không tìm thấy vi khuẩn mà soi tươi cũng không thấy nấm, bắt buộc phải điều trị bao vây bằng các loại kháng sinh phổ rộng, liều cao, đủ thời gian theo con đường:

- Thuốc tra tại mắt: Dung dịch kháng sinh tra mắt ngày từ 6 đến 8 lần. Kết hợp với một trong các loại mỡ kháng sinh tra từ 3 đến 4 lần trong ngày. Có rất nhiều dung dịch kháng sinh ví dụ gentamycin 0,3%, okacin 0,3%, cebemycin 1%, oflovid 0,3%, tobrex 0,3%, dịch ciloxan 0,1%... Mỡ kháng sinh như: oflovid, tobrex, cebemycin, gentamycin...

- Kháng sinh dùng theo đường toàn thân cũng rất quan trọng, tùy theo mức độ nặng, nhẹ và tiến triển của bệnh mà dùng thuốc uống hoặc tiêm. Trường hợp nặng nhiều khi phải dùng hai loại kháng sinh phối hợp để làm tăng tác dụng của thuốc.

- *Viêm loét giác mạc do vi rút*

Điều trị viêm loét giác mạc do vi rút cho đến nay còn gặp rất nhiều khó khăn vì kháng sinh không có tác dụng, tuy nhiên trong điều trị ta vẫn phải dùng kháng sinh với mục đích phòng bội nhiễm. Hiện nay trên thế giới đã sản xuất được thuốc tra mắt để điều trị loét giác mạc do Herpes nhưng không thông dụng và giá thành rất đắt. Thuốc tra có tác dụng tốt như: Dung dịch zovirax, triherpin. Thuốc dùng theo đường toàn thân: acyclovir.

- *Viêm loét giác mạc do nấm*

Điều trị viêm loét giác mạc do nấm cũng gặp nhiều khó khăn, ngoài thuốc điều trị nấm bao giờ cũng phải dùng kháng sinh chống bội nhiễm. Điều trị nấm giác mạc chủ yếu bằng con đường tra tại mắt với: dung dịch phytoral 0,1%, dung dịch natamycin 5%. Thuốc dùng theo đường toàn thân: sporal, griclin.

6.2.2. Loại trừ tác nhân gây bệnh

- Đứng trước một bệnh nhân bị viêm loét giác mạc do sang chấn, cần phải khám kỹ để phát hiện có dị vật hay không, nếu có phải gắp hết dị vật (dị vật thường là bụi kim khí, lông sâu róm, nọc ong, bụi, lá lúa...).

- Nếu viêm loét giác mạc do quặm phải phẫu thuật quặm sau khi điều trị viêm loét ổn định.

- Trường hợp viêm loét giác mạc do hở khe mi lâu ngày do liệt dây VII cần phải khâu cò mi.

6.2.3. Chống dính, giảm đau

- Chống dính bờ đồng tử do quá trình viêm sâu gây phản màng bồ đào làm co đồng tử bằng dung dịch atropin 1%.

- Giảm đau bằng các thuốc an thần như: meprobamat, seduxen. Tra dung dịch atropin cũng có tác dụng giảm đau vì nó làm liệt cơ co đồng tử.

6.2.4. Dinh dưỡng giác mạc

- Dinh dưỡng giác mạc rất cần thiết trong việc hàn gắn các tế bào của giác mạc. Dung dịch tra tại mắt như: vitamin A, C, B2.

- Toàn thân uống vitamin B2 làm tăng sức thẩm thấu của thuốc vào tổ chức giác mạc. Vitamin C làm tăng sức đề kháng của cơ thể.

Chú ý: Không dùng chế phẩm có chứa corticosteroid để tra mắt viêm loét giác mạc. Đây là một khuyến cáo cho tất cả mọi người dân không được tự tiện mua thuốc tra mắt nếu không có sự chỉ dẫn của nhân viên y tế.

6.2.5. Điều trị biến chứng

- Viêm màng bồ đào: chống nhiễm trùng tích cực kết hợp với giãn đồng tử.
- Dọa thủng, thủng giác mạc phải khâu phủ kết mạc.
- Viêm mủ toàn nhãn: cắt bỏ nhãn cầu.
- Điều trị di chứng sẹo giác mạc có nhiều phương pháp, các phương pháp này được chỉ định cho từng trường hợp cụ thể, nhưng nói chung:
 - Sẹo mới, nông cho chạy điện cho là điện bằng dionin hoặc hydrocortison làm bào mòn mất sẹo. Thời gian là điện từ 10 đến 15 ngày.
 - Sẹo mới, nông hoặc sâu cho tiêm hydrocortison dưới kết mạc.
 - Ghép giác mạc trong trường hợp sẹo to dày.

7. Các biện pháp phòng bệnh

- Tại các cơ sở sản xuất, công trường, xí nghiệp cán bộ y tế phải tổ chức, kiểm tra việc thực hiện vấn đề an toàn lao động của công nhân. Cần phải trang bị kính bảo hộ cho công nhân tiện, mài, hàn, những công việc tiếp xúc nhiều với bụi, nóng, đập đá, đập lúa...

- Khi có dị vật vào mắt có thể lấy dị vật nếu ở nông sau đó phải rửa mắt bằng dung dịch kháng sinh, tra mỡ kháng sinh, hướng dẫn bệnh nhân cách theo dõi và tra thuốc tại nhà. Dị vật sâu phải chuyển ngay bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa để được xử trí kịp thời.

- Khi mắt có biểu hiện không bình thường cần đến cơ sở y tế khám để được tư vấn về bệnh, nếu cần thiết sẽ được chuyển đến tuyến chuyên khoa khám và điều trị kịp thời. Tuyệt đối không tự ý dùng thuốc khi chưa có chỉ định của bác sĩ, nhất là những thuốc có corticosteroid như polydexa, dexaclor hiện nay có bán rất rộng rãi trong các cửa hiệu thuốc.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Mục tiêu

1. Trình bày được triệu chứng chính của viêm màng bồ đào.
2. Trình bày được cách điều trị bệnh viêm màng bồ đào và cách phòng bệnh.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ của viêm màng bồ đào

Viêm màng bồ đào là một bệnh hay gặp, bệnh có tính chất cấp cứu vì gây giảm thị lực nhanh. Viêm màng bồ đào do nhiều nguyên nhân gây nên vì vậy điều trị rất khó khăn.

Theo kết quả nghiên cứu của GS. Tôn Thị Kim Thanh Viện Mắt từ 1996 đến 2000 thấy viêm màng bồ đào do vi khuẩn chiếm 22,58%. Viêm màng bồ đào gặp nhiều nhất vào tháng 9, tháng 10; kết quả này cũng phù hợp với nhóm nghiên cứu viêm màng bồ đào quốc tế năm 1994.

Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hạnh qua 784 trường hợp viêm màng bồ đào người lớn từ 1 - 1992 đến 12 - 1996 thấy tỷ lệ viêm màng bồ đào trước chiếm 17,1%, viêm màng bồ đào sau 25,1%, viêm màng bồ đào toàn bộ 30,1% và viêm nội nhãn 7,5%.

2. Các yếu tố nguy cơ

Viêm mống mắt thể mi hay gặp sau:

+ Chấn thương mắt, nhất là những vết thương rách vùng rìa có phôi kẹt mống mắt, thể mi, hoặc những trường hợp phẫu thuật có kẹt mống mắt.

+ Nhiễm trùng cấp tính như: Nhiễm trùng huyết, viêm màng não. Có thể do các bệnh mãn tính: Lao, giang mai, phong, thấp khớp, các ổ viêm kéo dài ở tai, xoang, sâu răng.

+ Nhiễm virus: herpes, quai bị, cảm cúm, thủy đậu, sởi.

+ Nhiễm độc: Các yếu tố ngoại sinh như bỏng hoá chất, các yếu tố nội sinh như là các chất độc từ các yếu tố gây nhiễm trùng trong cơ thể do vi khuẩn, virus, kí sinh trùng.

Tại mắt: độc tố từ các khối u, các ổ viêm nhiễm như viêm loét giác mạc sâu dọa thủng.

+ Dị ứng: hay gặp ở người có cơ địa dị ứng.

Ngày nay trong quá trình nghiên cứu người ta cho rằng nguyên nhân chính gây bệnh màng bồ đào nói chung, viêm mống mắt thể mi nói riêng là hiện tượng dị ứng giữa kháng nguyên và kháng thể.

3. Phân loại viêm màng bồ đào

- Viêm màng bồ đào trước tức là viêm mống mắt thể mi.
- Viêm màng bồ đào sau tức là viêm hắc mạc.

Dưới đây chỉ trình bày triệu chứng, chẩn đoán, điều trị bệnh viêm mống mắt thể mi.

4. Triệu chứng viêm mống mắt thể mi

4.1. Cơ năng

- Đau nhức mắt, đau âm ỉ, đau sâu trong mắt, đau tăng nhiều về đêm.
- Nhìn mờ nhanh.
- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng.

4.2. Thực thể

- Thị lực giảm, giảm nhiều hay ít phụ thuộc vào quá trình tiến triển của bệnh cụ thể trên từng bệnh nhân.

- Phản ứng thể mi (+).
- Cương tụ rìa (+).
- Giác mạc: có tua mắt sau giác mạc.

- Tiền phòng vẩn đục, dấu hiệu Tyndall (+). Đôi khi có màng fibrin nằm ngang qua bờ đồng tử tạo thành màng dính bít đồng tử.

- Mống mắt sẫm màu, có thể thấy các mạch máu của mống mắt bị giãn, và đôi khi gây xuất huyết tiền phòng, nếu viêm lâu mống mắt thoái hoá.

- Đồng tử phản xạ lười, hoặc mất. Đồng tử co nhỏ, bờ đồng tử dính vào mặt trước thuỷ tinh thể. Đây là triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán xác định viêm mống mắt thể mi. Bệnh mới thì những chỗ dính này dễ đứt khi tra thuốc giãn đồng tử, khi đồng tử giãn để lại chấm sắc tố hoặc dịch rỉ hình vòng tròn ở mặt trước thuỷ tinh thể. Bệnh tiến triển lâu không được xử trí bờ đồng tử sẽ dính chặt vào mặt trước thuỷ tinh thể, mống mắt vồng lên giống hình núp cà chua.

- Dịch kính có thể vẩn đục.

- Nhãn áp: Trong viêm mống mắt thể mi nhãn áp thấp. Viêm mống mắt thể mi càng lâu thì nhãn áp càng thấp do thể mi giảm sản xuất thuỷ dịch và báo hiệu nhãn cầu bắt đầu teo. Tuy nhiên ở thời kỳ đầu nhãn áp có thể tăng do nghẽn vùng bè bởi dịch rỉ viêm và các tế bào sắc tố làm cản trở lưu thông thuỷ dịch, và ở giai đoạn cuối mống mắt dính vào mặt trước thuỷ tinh thể làm nghẽn thuỷ dịch từ hậu phòng ra tiền phòng gây tăng nhãn áp.

5. Tiến triển và biến chứng:

Bệnh hay tái phát nặng dần, có thể gây nên các biến chứng sau:

- Viêm màng bồ đào toàn bộ.

- Tăng nhãn áp thứ phát.
- Viêm mù toàn bộ nhãn cầu.
- Teo nhãn cầu, đục thủy tinh thể do thiếu dưỡng.
- Nhãn viêm đồng cảm.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định viêm mống mắt thể mi

Dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể đã nêu trên đặc biệt triệu chứng đồng tử co nhỏ, méo, dính và phản ứng thể mi (+).

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc cấp.
- Bệnh glôcôm góc đóng cơn cấp.
- Viêm loét giác mạc.

Bảng so sánh sự giống nhau và khác nhau 4 bệnh

Bệnh Triệu chứng	Glôcôm góc đóng	Viêm mống mắt thể mi	Viêm loét giác mạc	Viêm giác mạc
Đau nhức mắt	Dữ dội + đau 1/2 đầu cùng bên	Âm ỉ, nhiều về đêm	Đau chói, chảy nước mắt	Đau chói, chảy nước mắt
Thị lực	Giảm đột ngột	Giảm nhanh	Giảm nhanh	Giảm nhanh
Cương tụ rìa	(+)	(+)	(+)	(+)
Giác mạc	Mờ đục	Tủa mạt sau giác mạc	Có đám mờ, nhuộm Fluo (+)	Có đám mờ, nhuộm Fluo (-)
Tiền phòng	Nông	Sâu	Bình thường	Bình thường
Đồng tử	Giãn	Co nhỏ, méo	Bình thường	Bình thường
Nhãn áp	Cao	Thấp	Bình thường	Bình thường
Phản ứng thể mi	(-)	(+)	(-)	(-)
Xử trí tại cơ sở	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa	Chuyển tuyến có chuyên khoa

7. Điều trị

- Viêm mống mắt thể mi là một bệnh nặng, có tính chất cấp cứu. Đứng trước bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của bệnh viêm mống mắt thể mi phải chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa, trường hợp nghi ngờ cũng phải chuyển đi ngay.

- Tại cơ sở chuyên khoa việc điều trị phải tiến hành khẩn trương và tích cực ngay từ đầu theo các nguyên tắc sau:

7.1. Nguyên tắc điều trị viêm mống mắt thể mi

- + Tìm nguyên nhân điều trị tận gốc.
- + Giãn đồng tử.
- + Chống viêm.
- + Chống nhiễm trùng.
- + Giảm đau.
- + Dinh dưỡng.
- + Điều trị biến chứng.

7.2. Điều trị cụ thể

7.2.1. Giãn đồng tử

- Giãn đồng tử hết sức quan trọng, cần được thực hiện ngay từ phút đầu tiên khi chẩn đoán ra bệnh. Giãn đồng tử nhằm mục đích giảm hiện tượng viêm để phòng dính bờ đồng tử vào mặt trước thể thủy tinh. Nếu có điểm dính nó có thể làm đứt chỗ dính. Giãn đồng tử còn có tác dụng giảm đau vì nó làm liệt cơ co đồng tử.

- Thuốc làm giãn đồng tử: dung dịch atropin 0,5%, 1%, 4% tra 2 đến 3 lần trong ngày.

Chú ý: trẻ em không được dùng loại 4%, khi tra atropin cho trẻ bao giờ cũng phải chẹn lệ đạo mục đích không cho atropin xuống họng. Nếu xuống họng có thể dẫn đến ngộ độc.

Nếu tra atropin tích cực mà đồng tử không giãn, ta dùng hỗn hợp dịch gồm: 1 ống atropin 0,25 mg với 1 ống adrenalin 0,001g trộn với nhau để tiêm vào 4 điểm vùng rìa hoặc ở vị trí dính (4 điểm: 6h, 12h, 9h, 3h hoặc vị trí tương ứng với điểm dính). Kỹ thuật tiêm giống như tiêm trong da.

7.2.2. Chống viêm

Coctison được sử dụng rộng rãi để điều trị chống viêm và dị ứng, thuốc có tác dụng làm giảm thẩm thấu mao mạch vì vậy làm cho quá trình viêm lui nhanh. coctison có thể dùng:

+ Thuốc tra tại mắt: Tra từ 2 đến 3 lần trong ngày. Một số loại thuốc chống viêm được sử dụng như: dung dịch hydrococtison, flarlex, polydexan, flucol, dexaclor, tobradex, blefamid...

Thuốc mỡ như: hydrococtison, maxitrol, clorocit-H,...

+ Thuốc tiêm tại mắt: Có thể tiêm dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu 1 ml dung dịch hydrocortison 125 mg. Cách hai ngày tiêm 1 mũi trong thời gian đầu. Về sau cứ 1 tuần tiêm 1 mũi. Tiêm từ 10 đến 12 mũi trong 1 đợt điều trị.

+ Thuốc uống: Cho uống cortison, thuốc hay dùng là prednisolon viên 5mg theo hai cách.

Cách 1: Dùng liều tấn công ngay từ đầu: 8 viên trong ngày uống liền trong 7 ngày, sau đó cứ 5 ngày giảm 2 viên, liều duy trì là 1 viên trong 10 ngày (8 viên/ ngày × 7 ngày → 6 viên/ ngày × 5 ngày → 4 viên/ ngày × 5 ngày → 2 viên/ ngày × 5 ngày → 1 viên/ ngày × 10 ngày).

Cách 2: Dùng liều giảm dần: Ngày đầu dùng 6 viên uống liền trong 5 ngày và cứ 5 ngày giảm 1 viên, liều duy trì là 1 viên trong 5 ngày (6v/ ngày × 5 ngày → 5v/ ngày × 5 ngày → 4v/ ngày × 5 ngày → 3v/ ngày × 5 ngày → 2v/ ngày × 5 ngày → 1v/ ngày × 5 ngày).

Chú ý: Khi dùng cortison uống phải hỏi kỹ về tiền sử dạ dày, cao huyết áp. Nếu có các bệnh trên thì không được dùng. Chế độ ăn khi dùng cortison phải ăn nhạt hơn bình thường.

7.2.3. Chống nhiễm trùng

Chủ yếu dùng kháng sinh theo con đường toàn thân. Tùy theo mức độ của bệnh mà có thể cho uống hoặc tiêm. Có khi phải phối hợp hai loại kháng sinh cùng một lúc, tốt nhất là dùng kháng sinh có tác dụng rộng.

7.2.4. Giảm đau

Cần giảm đau cho bệnh nhân bằng các thuốc:

- + DD atropin tra vào mắt có tác dụng chống dính, giảm đau vì nó làm liệt cơ thể mi.
- + Có thể tiêm novocain 3% cạnh nhãn cầu.
- + Uống các thuốc: seduxen, meprobamat.

7.2.5. Dinh dưỡng

Uống vitamin C, vitamin B₁, dầu cá.

7.2.6. Điều trị biến chứng

+ Biến chứng tăng nhãn áp, ngoài thuốc điều trị trên cần cho uống thêm diuramid 0,25g × 2 viên trong ngày, thuốc có tác dụng ức chế thể mi không tiết ra thủy dịch. Nếu nhãn áp tăng do đồng tử bị bít, ngoài dùng thuốc hạ nhãn áp phải tiến hành phẫu thuật khi các triệu chứng viêm đã lui. Có hai phương pháp phẫu thuật:

- Tạo lỗ dò bằng phương pháp cắt bè củng giác mạc.
- Cắt móng mắt quang học nhằm hai mục đích: Lưu thông thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng và giải phóng thị lực cho người bệnh.

+ Viêm mủ toàn bộ nhãn cầu, biện pháp duy nhất là khoét bỏ nhãn cầu. Biến chứng nặng nề hơn là nhiễm trùng tổ chức hố mắt dẫn đến nhiễm trùng huyết. Bệnh nhân có thể chết.

+ Viêm màng bồ đào toàn bộ điều trị tích cực như đã nêu ở trên.

+ Teo nhãn cầu, đục thể thủy tinh do thiếu dưỡng kéo dài: nếu teo nhãn cầu mà mắt không đau nhức không cần xử trí, nếu đau nhức tái nhiều lần khuyên bệnh nhân khoét bỏ nhãn cầu phòng nhãn viêm đồng cảm. Nếu thể thủy tinh đục, nhãn cầu không teo cần làm siêu âm để xem dịch kính, võng mạc còn tốt không, nếu tốt nên phẫu thuật lấy thể thủy tinh.

+ Nhãn viêm đồng cảm.

8. Phòng bệnh

8.1. Viêm mống mắt thể mi

Viêm mống mắt thể mi do rất nhiều nguyên nhân gây nên trong đó một số trường hợp bệnh xuất hiện do một số bệnh trong cơ thể gây nên như: Lao, giang mai, viêm xoang, viêm tai giữa... cần tư vấn cho người bệnh đi khám và điều trị các bệnh có liên quan. Trong các trường hợp bị chấn thương mắt nhất là những sang chấn đụng dập nhãn cầu, không được coi thường nhất thiết phải được khám tại cơ sở có chuyên khoa để được xử trí kịp thời.

8.2. Phòng nhãn viêm đồng cảm

Nhãn viêm đồng cảm là một bệnh rất nặng, đa số trường hợp bệnh kết thúc bằng mù hai mắt. Để phòng nhãn viêm đồng cảm cần phải tôn trọng các quy tắc điều trị vết thương xuyên thủng nhãn cầu (vô trùng, lấy dị vật, cắt lọc các màng nội nhãn bị phòi ra ngoài và các tổ chức bị huỷ hoại, dùng kết mạc phủ kín vết thương...). Vết thương được xử lý sớm cũng có khả năng phòng nhãn viêm đồng cảm. Nếu mắt chấn thương nặng, mất chức năng thị giác nên khoét mắt sớm trước ngày thứ 14. Nếu mắt bị thương còn chức năng thị giác nhưng viêm nhiễm tái phát nhiều lần, khuyên bệnh nhân khoét bỏ trước khi mắt lành chưa bị đồng cảm.

Viêm mống mắt thể mi là một bệnh rất nguy hiểm vì bệnh tiến triển cấp tính có thể gây mù loà nhanh chóng. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, do nhiều nguyên nhân gây nên vì vậy điều trị rất khó khăn. Nhiệm vụ của người thầy thuốc không chuyên ở tuyến huyện phải phát hiện bệnh sớm và xử lý kịp thời ngay từ lần bị bệnh đầu tiên để tránh các biến chứng nặng nề cho người bệnh.

BỆNH GLÔCÔM

Mục tiêu

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của bệnh glôcôm góc đóng cơn cấp.
2. Phát hiện được một số dấu hiệu đặc trưng của bệnh glôcôm.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị glôcôm.
4. Trình bày được cách phát hiện sớm bệnh glôcôm trong cộng đồng và chuyển tuyến chuyên khoa kịp thời.

Nội dung

1. Định nghĩa

Bệnh glôcôm là một bệnh rất nặng của mắt, biểu hiện lâm sàng là tăng áp lực trong mắt, dẫn đến rối loạn tuần hoàn trong mắt. Do đó chức năng thị giác sẽ bị giảm sút và kết thúc là sự mù loà. Bản chất của bệnh gắn liền với các rối loạn về thần kinh và vận mạch, glôcôm không phải là bệnh đơn thuần của địa phương con mắt mà là bệnh toàn thân.

2. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh glôcôm nguyên phát

- Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi, nhất là bệnh glôcôm đơn thuần, bệnh xảy ra đồng thời cả hai mắt hoặc một mắt bị trước mắt kia bị sau một thời gian.

+ Ở các nước công nghiệp hoá tỷ lệ glôcôm ở những người trên 40 tuổi chiếm 1,5% - 2% tỷ lệ mù do bệnh glôcôm gây ra chiếm 14% - 18% tổng số mù loà của các bệnh mắt.

+ Ở Kenya tỷ lệ mù loà do bệnh glôcôm gây ra chiếm 14%. Ở châu Phi tỷ lệ mù do bệnh glôcôm chiếm 18% - 20%.

+ Ở Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh glôcôm từ 0,4% - 2%. Tỷ lệ mù loà do bệnh glôcôm gây ra chiếm 21%.

- Sự phân bố: Bệnh glôcôm có ở hầu hết các nước trên thế giới gặp nhiều ở châu Phi và ở Việt Nam: nguyên nhân gây mù đứng hàng thứ 2 trong các bệnh mắt sau bệnh đục thủy tinh thể.

- Các yếu tố nguy cơ:

+ Bệnh có tính chất di truyền và gia đình.

+ Người có địa trạng thần kinh vận mạch rối loạn.

+ Người có mắt viễn thị

+ Nữ nhiều hơn nam.

3. Cơ chế sinh bệnh glôcôm nguyên phát

- *Bệnh glôcôm góc đóng:*

Do sự rối loạn thần kinh vận mạch làm cho các huyết quản cương tụ, thể mi bị ứ phù đẩy mỏng mắt vòng ra phía trước, dịch kính bị ứ phù, áp lực ở hậu phòng tăng, gây nghẽn đồng tử, chân mỏng mắt bị đẩy vòng ra phía trước, gây bít góc tiền phòng, thủy dịch không lưu thông ra ngoài được gây tăng nhãn áp.

- *Bệnh glôcôm góc mở:*

Do sự xơ hoá hệ thống vùng bè củng giác mạc làm cho thủy dịch không lưu thông được bị ứ lại trong nhãn cầu gây tăng nhãn áp.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Bệnh glôcôm góc đóng

Ở nước ta bệnh glôcôm góc đóng gặp nhiều hơn glôcôm góc mở.

Giai đoạn sơ phát thỉnh thoảng thấy nhức đầu, nhức mắt, nhìn mờ, nhìn đèn có quầng xanh đỏ thực thể: Khám thấy đồng tử giãn, đo nhãn áp khoảng 28 - 30 mm Hg. Sau cơn các triệu chứng lại trở về bình thường, càng về sau các cơn càng dày lại, mức độ đau nhức mỗi cơn một tăng lên. Bệnh diễn ra theo hai hình thái:

Glôcôm góc đóng cấp điển.

Glôcôm góc đóng bán cấp, hay mãn tính.

- *Glôcôm đóng cơn cấp điển:*

+ *Cơn nặng:*

Đau nhức mắt - dữ dội, đau cảm giác muốn nổ mắt ra, đau nửa đầu cùng bên dữ dội, nhìn mờ rất nhanh có khi chỉ còn phân biệt được sáng và tối, nhìn đèn có quầng xanh đỏ, buồn nôn hoặc nôn, có thể có rối loạn tiêu hoá không ăn được, không ngủ được.

+ *Thực thể:* mi phù nề, kết mạc có cương tụ và có khi cương tụ kết mạc toàn bộ.

Giác mạc phù nề mờ đục do bị ứ nước, có khi có bọt biểu mô hoặc rạn nứt lớp nội mô, tiêu phòng nông, rất nông, hoặc áp sát. Đồng tử giãn to có khi giãn tối đa, phản xạ đồng tử lưỡi hoặc mất. Thủy tinh thể đục màu xanh lơ (màu nước biển) do bị ngấm nước, thị trường thu hẹp dần. Đo nhãn áp, thấy nhãn áp tăng cao có khi trên 40 mmHg.

Soi góc tiền phòng thấy góc tiền phòng đóng.

Soi đáy mắt trong cơn cấp rất khó soi vì các môi trường trong suốt bị đục. Nếu soi được thấy gai thị cương tụ, các mạch máu cương tụ và dạt về phía mũi, lõm gai sinh lý rộng và sâu hơn bình thường.

+ *Chẩn đoán:*

Chẩn đoán xác định: Có nhãn áp tăng cao, thay đổi ở gai thị, thay đổi chức năng thị giác, soi góc tiền phòng góc đóng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh glôcôm góc đóng với viêm kết mạc cấp:

Giống nhau: Bệnh viêm kết mạc là bệnh glôcôm mắt đều đỏ.

Khác nhau: Bệnh viêm kết mạc bao giờ cũng có tiết tố, nhãn áp bình thường thị lực bình thường.

- Viêm mống mắt thể mi:

Giống nhau: Mắt đều có cương tụ kết mạc toàn bộ.

Khác nhau: Viêm mống mắt thể mi đồng tử co nhỏ, dính méo mó tiền phòng bình thường hoặc sâu hơn bình thường.

4.2. Bệnh glôcôm góc mở

Là một thể bệnh hết sức nguy hiểm vì nó tiến triển âm thầm dẫn đến mù loà không hồi phục.

+ *Cơ năng:*

Ở giai đoạn sơ phát nhãn áp thỉnh thoảng tăng sau cơn nhãn áp lại trở lại bình thường, về sau nhãn áp tăng lên từ từ, mắt cũng thích ứng dần. Giác mạc, củng mạc dần ra để giữ nước do đó ít có triệu chứng chủ quan, nếu ta hỏi kỹ người bệnh thì bệnh nhân sẽ kể cho ta một số triệu chứng có tính chất gợi ý giúp ta nghĩ đến bệnh glôcôm. Thỉnh thoảng có đau đầu, tức mắt, nhìn thấy mờ đi một ít, lúc đó nhìn vào đèn thấy quang xanh đỏ, thị lực cứ giảm dần theo ngày tháng, thị trường cũng thu hẹp dần, nếu không được điều trị bệnh sẽ dẫn đến mù vĩnh viễn, trong bệnh glôcôm góc mở thị trường thu hẹp nhanh hơn thị lực.

+ *Thực thể:*

Kết mạc vẫn trắng bình thường.

Đồng tử giãn to, phản xạ đồng tử lười hoặc mất, tiền phòng bình thường; thủy tinh thể ngấm nước đục màu xanh lơ (màu nước biển).

Thị lực giảm dần, có khi không còn phân biệt được sáng tối.

Thị trường thu hẹp dần, có thể dẫn đến thị trường hình ống rồi mất hẳn.

Soi góc tiền phòng thấy góc mở.

Soi đáy mắt, thấy gai thị có lõm gai sinh lý rộng và sâu, có khi thấy gai thị bị teo lõm hoàn toàn.

+ *Chẩn đoán:*

Chẩn đoán xác định:

Dựa vào triệu chứng cơ năng và thực thể đặc biệt là nhãn áp tăng, thay đổi ở gai thị lực thay đổi chức năng thị giác.

Chẩn đoán phân biệt:

Đục thủy tinh thể tuổi già:

Giống nhau ở chỗ đều nhìn mờ dần nhưng khác nhau ở chỗ trong bệnh đục thủy tinh thể tuổi già: đồng tử bình thường, phản xạ đồng tử bình thường, thị trường bình thường. Thị lực bao giờ cũng phân biệt được sáng tối.

5. Điều trị

- Nguyên tắc:

+ Glôcôm góc đóng điều trị bằng phẫu thuật là cơ bản.

+ Điều trị bằng thuốc để hạ nhãn áp bảo vệ chức năng thị giác và giúp cho phẫu thuật được tốt hơn.

+ Glôcôm góc mở điều trị bằng thuốc hạ nhãn áp là cơ bản, chỉ điều trị bằng ngoại khoa khi dùng thuốc hạ nhãn áp mà nhãn áp không trở về bình thường. Phải phẫu thuật khi dùng thuốc hạ nhãn áp, nhãn áp đã trở về bình thường nhưng chức năng thị giác vẫn tiếp tục giảm hoặc phải phẫu thuật đối với những bệnh nhân không có điều kiện theo dõi nhãn áp.

+ Phương pháp điều trị glôcôm bằng thuốc:

• Thuốc tra để hạ nhãn áp, thuốc gây co đồng tử để góc tiền phòng được mở ra:

DD pilocacpin 1% trong cơn cấp 15 phút tra 1 lần sau cơn ngày tra 6 lần.

DD eserine 0,3% - 1% ngày tra 2 lần (ít dùng).

DD mirtazapin 1/5000 ngày tra 1 lần (ít dùng vì gây co đồng tử nhanh mạch và khó dài từ 3 - 10 ngày).

• Thuốc uống làm hạn chế tiết thủy dịch acetazolamid (biệt dược fonurit, diuramid, diamox).

Thể mi muốn tiết ra thủy dịch phải có sự tham gia của men anhydracacbonic. Acetazolamid ức chế men này. Vì vậy sự tiết ra thủy dịch bị hạn chế do đó nhãn áp được hạ xuống.

Liều dùng: diuramid 0,25g × 2 → 4 viên / 24h chia làm 2 lần hoặc 3 lần thuốc có tác dụng sau: uống 30 phút, tác dụng mạnh nhất sau 3 giờ hết tác dụng sau 6 giờ, thuốc không dùng kéo dài, nếu bắt buộc phải dùng thuốc kéo dài phải uống thêm kali clorid, nếu không mất nhiều muối, nước sẽ bị mệt mỏi.

• Thuốc tăng cường thẩm thấu glyxerol 50% × 2ml / 1 kg cân nặng / 24h.

• Thuốc an thần, giảm đau: seduxen, gacdenan.

• Thuốc tăng cường dinh dưỡng: Vi tamin C, B₁ AD₃.

+ Chế độ sinh hoạt, ăn uống: tránh suy nghĩ, lo âu, giận dữ, thức khuya dậy sớm. Không ăn các chất kích thích, rượu, chè đặc, cà phê, thuốc lá, tránh táo bón.

+ Điều trị bằng phẫu thuật: phương pháp được áp dụng nhiều nhất là phương pháp cắt bè củng giác mạc và phương pháp cắt mẫu giác mạc trước bè. Những phương pháp ít được áp dụng hơn: cắt kẹt củng mạc, đốt điện thể mi.

Phương pháp đốt điện sau thể mi áp dụng cho những trường hợp tăng nhãn áp trên mắt mất chức năng thị giác.

6. Phòng bệnh

- Các biện pháp phòng bệnh:

Muốn phòng bệnh được tốt, điều quan trọng nhất phải phát hiện bệnh sớm, muốn vậy phải làm tốt những việc sau:

+ Tuyên truyền rộng rãi về tính nguy hiểm của bệnh glôcôm để mọi người dân tự đến các cơ sở có chuyên khoa để khám, khi nghi mình có bệnh. Khám bệnh và đo nhãn áp hàng loạt cho những người trên 40 tuổi.

+ Tổ chức Di - păng - xe (Dispensaire) điều trị ngoại trú cho người bệnh glôcôm.

Theo dõi thường xuyên cho những người bệnh nhân đã được mổ glôcôm.

Một người trong gia đình đã bị bệnh glôcôm thì phải đo nhãn áp cho tất cả mọi người có cùng huyết thống.

+ Các biện pháp phát hiện sớm bệnh glôcôm:

Nghiệm pháp buông tối.

Nghiệm pháp tra homatropin.

Nghiệm pháp đọc sách.

Nghiệm pháp tra pilocacfin.

ĐỤC THỦY TINH THỂ

Mục tiêu

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của đục thể thủy tinh.
2. Trình bày được chỉ định mổ đục thể thủy tinh tuổi già.
3. Tư vấn được cho bệnh nhân đục thể thủy tinh đến khám chuyên khoa kịp thời.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học đục thủy tinh thể

Đục thủy tinh thể là sự mờ đục hay là mất tính trong suốt của thủy tinh thể. Thủy tinh thể đục làm cho thị lực giảm dần và dẫn đến mù loà. Đục thủy tinh thể không phòng được nhưng có khả năng chữa được bằng phương pháp phẫu thuật.

1.1. Tỷ lệ mắc bệnh

- *Thế giới:* Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới năm 1996 có khoảng 41 đến 52 triệu người bị mù hoặc tổn hại thị giác trên thế giới, trong đó 90% ở các nước đang phát triển và 80% bị mù do các bệnh mắt có thể chữa và phòng được. Đục thủy tinh thể là nguyên nhân gây mù loà hàng đầu trong các bệnh gây mù tại mắt. Trên thế giới có khoảng 20 triệu người bị mù, hàng chục triệu người bị tàn tật thị giác do thủy tinh thể đục. Hàng năm có thêm khoảng 1, 2 triệu người bị tàn tật thị giác.

- *Việt Nam:*

+ Từ năm 1995 cho tới nay có rất nhiều các cuộc điều tra và cho nhiều con số thống kê. Năm 1990 Viện Mắt điều tra 15.071 người ở 8 tỉnh, thấy nguyên nhân gây mù do đục thủy tinh thể cao nhất chiếm 58%,

+ Năm 1996, một cuộc điều tra về dịch tễ học mù loà và một số bệnh về mắt ở 13 tỉnh đại diện cho 8 vùng sinh thái do Viện Mắt chủ trì dưới sự chỉ đạo của GS. Cù Nhân Nại và PGS. Hoàng Thị Luỹ cho thấy: nguyên nhân gây mù loà 2 mắt đứng đầu là đục TTT chiếm 70,7%.

1.2. Sự phân bố

• *Theo vùng:*

- Đục thủy tinh thể gặp nhiều ở các nước đang phát triển, những vùng khí hậu nóng bức tiếp xúc nhiều với tia nắng mặt trời. Theo thống kê của TCYTTG năm 1984 các nước có tỷ lệ mù do đục TTT cao nhất là:

- + Công Gô 81%
- + Ấn Độ 81%
- + Phi Líp Pin 87,2%

- Việt Nam: đục thủy tinh thể phân bố không đồng đều ở các vùng sinh thái. Miền Nam có tỷ lệ cao nhất, sau đó là miền Trung, miền Bắc có tỷ lệ thấp hơn. Vùng đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ cao nhất trong 8 vùng sinh thái, sau đó đến vùng biển, thấp nhất là vùng núi Tây Nguyên, vùng núi phía Bắc.

- *Giới*: Nam và nữ cũng có tỷ lệ khác biệt. Nữ có tỷ lệ đục thủy tinh thể toàn bộ cao hơn hẳn nam giới. Theo thống kê năm 1996 nam chiếm 31,3%, nữ chiếm 68,7%. Có sự khác biệt cao như vậy có thể giải thích với lý do: tuổi thọ của phụ nữ cao hơn nam giới, mặt khác người phụ nữ trong gia đình có mối quan hệ xã hội hẹp hơn, nên ít được quan tâm đi chữa.

- *Tuổi*: Nói chung đục thể thủy tinh tuổi già thường xảy ra ở những người trên 50 tuổi. Ước tính có 50% số người ở độ tuổi 60 và gần 100% số người ở độ tuổi 80 và già hơn đều bị đục thủy tinh thể. Theo thống kê năm 1996 tỷ lệ đục thủy tinh thể hai mắt chung là 1,07%, trong đó đục thủy tinh thể tuổi già chiếm tới 96,5%, bẩm sinh 0,35%

- *Chủng tộc*: Tỷ lệ mù do đục thủy tinh thể ở người dân tộc thấp hơn người kinh. Theo thống kê năm 1996 dân tộc ít người là 1,06% người kinh là 1,94%. Người dân tộc có tỷ lệ đục thủy tinh thể thấp hơn người kinh chưa giải thích được, một điều chắc chắn rằng người dân tộc điều kiện sinh hoạt, ăn uống, trình độ dân trí thấp hơn người kinh; Điều kiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu kể cả việc đi khám chữa bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Cho tới nay vấn đề đục thủy tinh thể và dân tộc cần phải nghiên cứu sâu thêm về các mặt liên quan như yếu tố khí hậu, nòi giống và tập quán, để có được một nhận xét thoả đáng.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi: quá trình lão hoá làm cho thủy tinh thể đục, thường gặp từ tuổi 50 trở lên.
- Môi trường và khí hậu: Những người làm việc lâu dài trong môi trường nóng bức, tiếp xúc trực tiếp với tia hàn, tia bức xạ, tia nắng mặt trời, tia cực tím...
- Người bị bệnh đái tháo đường: Qua nghiên cứu cho thấy người bị bệnh tiểu đường có tỷ lệ đục thủy tinh thể cao.
- Uống hoặc tra cortison tại mắt kéo dài, thiếu dưỡng cũng làm cho thủy tinh thể đục.
- Yếu tố di truyền.

2. Triệu chứng bệnh đục thủy tinh thể

Dựa vào nguyên nhân, đục thủy tinh thể được chia làm 4 loại:

- + Đục thủy tinh thể bẩm sinh.
- + Đục thủy tinh thể do sang chấn.
- + Đục thủy tinh thể bệnh lý.
- + Đục thủy tinh thể tuổi già.

Đục thủy tinh thể dù nguyên nhân gì cũng đều có các triệu chứng điển hình sau:

- + Thị lực giảm dần, đến một lúc nào đó chỉ còn phân biệt được sáng và tối.
- + Mắt không đau nhức.
- + Thủy tinh thể đục trắng từng vùng hay toàn bộ khi đục hoàn toàn.
- + Nhãn áp bình thường.

2.1. Triệu chứng đục thủy tinh thể tuổi già

2.1.1. Nguyên nhân

Đục thủy tinh thể tuổi già là do giảm lượng vitamin C và axit amin glutathion trong thành phần của thủy tinh thể do quá trình lão suy.

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng

• Cơ năng

- + Nhìn mờ dần, đến một lúc nào đó chỉ còn phân biệt được sáng tối.
- + Không đau nhức, không chói, không chảy nước mắt.
- + Độ lão thị giảm do thủy tinh thể đục, co cứng tăng công suất hội tụ gây cận thị. Hiện tượng này mất đi khi thủy tinh thể đục nhiều.

+ Có thể có hiện tượng song thị ở một mắt do thủy tinh thể đục không đều.

+ Nơi ánh sáng thấp đồng tử giãn thì nhìn vật rõ hơn ở nơi ánh sáng cao đồng tử co, do thủy tinh thể đục ở trung tâm còn ở chu vi chưa đục.

• Thực thể

+ Thủy tinh thể đục chưa hoàn toàn:

- Thị lực giảm từ < 10/10 đến đếm ngón tay.
- Khám ánh sáng chéo thấy thủy tinh thể có chỗ đục trắng, chỗ trong.
- Soi ánh đồng tử thấy chỗ đen chỗ hồng. Chỗ đen tương ứng với vùng thủy tinh thể đục, chỗ hồng là phần chưa đục.

+ Thủy tinh thể đục hoàn toàn:

- Thị lực giảm ST(+).
- Khám ánh sáng chéo thấy thủy tinh thể đục trắng.
- Soi ánh đồng tử thấy toàn màu xám.

2.1.3. Tiến triển và biến chứng

Đục thủy tinh thể tuổi già không theo một quy luật nhất định, có bệnh nhân chỉ tiến triển trong vài năm thì đục hết, nhưng đều tiến triển qua 4 giai đoạn:

- *Giai đoạn 1:* đục thể thủy tinh bắt đầu, chỉ có thể có một vài chấm đục, thị lực giảm ít.
- *Giai đoạn 2:* thủy tinh thể đục tiến triển, mức độ đục nhiều hơn, thị lực giảm nhiều đến mức đếm ngón tay, mờ rõ rệt toàn bộ ánh hồng đồng tử.

- *Giai đoạn 3*: thủy tinh thể đục hoàn toàn, khi khám thấy phía sau lỗ đồng tử là màu trắng, thị lực tương ứng ST(+). Mất hoàn toàn ánh hồng đồng tử. Giai đoạn này phẫu thuật thủy tinh thể là tốt nhất.

- *Giai đoạn 4*: thủy tinh thể quá chín, chất nhân thoái hoá hoá lỏng, gây nhiều biến chứng như tăng nhãn áp, viêm màng bồ đào. Khi phẫu thuật rất khó khăn và gây nhiều biến chứng trong phẫu thuật.

2.1.4. Điều trị

Khi thủy tinh thể đục thì không có thuốc nào có thể làm tan thủy tinh đục. Điều trị chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật. Mục đích phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục là để mang lại ánh sáng cho người bệnh; Nhưng không phải trường hợp nào cũng có chỉ định phẫu thuật.

• *Chỉ định phẫu thuật khi:*

- Thủy tinh thể đục trắng hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.
- Phản xạ đồng tử tốt, hướng ánh sáng chính xác.
- Thị lực ST(+) hoặc bóng bàn tay. Hiện nay với điều kiện phương tiện máy móc hiện đại chỉ định mổ đục thủy tinh thể rộng rãi hơn. Những trường hợp thị lực từ 1/10 trở xuống có thể chỉ định phẫu thuật.
- Toàn thân cho phép chịu đựng được cuộc mổ, không mắc các bệnh cấp tính và mãn tính, nếu có phải được điều trị ổn định sau đó mới mổ đục thủy tinh thể.

• *Các phương pháp điều trị đục thủy tinh thể*

Đục thủy tinh thể không có thuốc điều trị, tuy nhiên trong giai đoạn đục tiến triển cần dùng các loại thuốc dinh dưỡng như vitaminC, dầu cá, viên sáng mắt, phillatop nhằm mục đích làm chậm đục thủy tinh thể. Khi thủy tinh thể đục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn thì phải phẫu thuật. Phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục nhằm mục đích mang lại ánh sáng cho người bệnh có 3 phương pháp:

+ *Phẫu thuật lấy thủy tinh thể trong bao:*

Mổ lấy toàn bộ thủy tinh thể nằm bên trong lớp bao của nó. Đây là một phẫu thuật cổ điển được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở nước ta. Hiện nay phẫu thuật này gần như được thay thế bằng phương pháp phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao. Tuy nhiên phương pháp phẫu thuật lấy thủy tinh thể trong bao vẫn còn tồn tại để chỉ định cho các trường hợp đục thủy tinh thể căng phồng, lệch thủy tinh thể... Phương pháp phẫu thuật lấy thủy tinh thể trong bao không đặt được thủy tinh thể nhân tạo. Muốn tăng thị lực phải đeo kính từ +10 đến +12 D.

+ *Lấy thủy tinh thể ngoài bao:*

Mổ lấy nhân và vỏ thể thủy tinh qua bao trước để lại bao sau và dây chằng zinn ở vị trí nguyên của nó. Phương pháp này có nhiều ưu điểm hơn so với lấy thủy tinh thể trong bao. Nó cho phép đường rạch nhỏ hơn, ít gây tổn thương cho giác mạc, bao sau còn nguyên vẹn tạo ra vị trí giải phẫu tốt để cố định thủy tinh thể nhân tạo. Hiện nay phương pháp phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên phương pháp này chống

chỉ định trong trường hợp dây Zinn bị đứt làm lệch thủy tinh thể hoặc thủy tinh thể đục căng phồng.

+ *Phẫu thuật phaco (phacoemulsification):*

Là phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao được thực hiện qua một đường rạch nhỏ hơn. Người ta dùng một kim dẫn động bằng siêu âm để tán nhân thủy tinh thể và hút chất nhân qua một lỗ kim. Về mặt lý thuyết phương pháp này có tỷ lệ biến chứng thấp, lành sẹo nhanh và hồi phục thị lực sớm hơn các phẫu thuật trên. Tuy nhiên phương pháp này chỉ áp dụng được ở các bệnh viện lớn có trang thiết bị hiện đại như sinh hiển vi phẫu thuật, máy phaco. Một nhược điểm nữa là chi phí cho một ca phẫu thuật còn cao, nên không phải bệnh nhân nào cũng có điều kiện để được mổ lấy thủy tinh thể theo phương pháp này.

2.1.5. Tuyên truyền vận động cộng đồng đi khám để phát hiện sớm đục thủy tinh thể

Hiện nay cùng với tuổi thọ ngày càng cao thì số người bị mù do đục thủy tinh thể ngày càng cao. Đa đa số bệnh nhân ở thành phố, những nơi có dịch vụ y tế thuận tiện thì được khám và điều trị. Phần lớn những bệnh nhân ở nông thôn, vùng sâu vùng xa chưa được điều trị với nhiều lý do:

- Do không hiểu biết cho rằng bệnh tuổi già không chữa được.
- Do phương tiện giao thông không thuận lợi nhà ở quá xa bệnh viện.
- Do kinh tế hạn hẹp không có tiền nộp viện phí.
- Do người già không được con cái quan tâm.

Để khắc phục vấn đề trên cần phải:

- Tuyên truyền, giáo dục nâng cao dân trí cho người dân.
- Đẩy mạnh chương trình phòng chống mù loà trong toàn quốc đồng đều ở các miền, các vùng sinh thái. Đặc biệt ưu tiên cho những vùng có tỷ lệ mù do đục thủy tinh thể cao, vùng sâu, vùng xa.
- Tổ chức các đợt khám và mổ lưu động cho người bị đục thủy tinh thể ngay tại cộng đồng, để người dân có thể tiếp cận với các dịch vụ y tế tốt mà không phải tốn kém nhiều.
- Tăng cường công tác đào tạo, tập huấn cho bác sĩ và nhân viên y tế tại cộng đồng có một số kiến thức cơ bản nhất về đục thủy tinh thể, để có khả năng tổ chức, tuyên truyền, vận động người bị đục thủy tinh thể đi phẫu thuật nhằm giảm bớt tỷ lệ mù loà.

2.1.6. Các biện pháp phòng bệnh

Cơ chế sinh bệnh đục thủy tinh thể đã và đang được nghiên cứu và người ta cho rằng dinh dưỡng là một yếu tố làm cho protein của thể thủy tinh dễ bị thay đổi. Sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn uống đã giải thích về tỷ lệ mắc bệnh ở các nước đang phát triển so với các nước phát triển. Do vậy phòng đục thủy tinh thể thông qua cung cấp chế độ dinh dưỡng đầy đủ.

Tia phóng xạ, tia cực tím cũng làm thay đổi protein trong thể thủy tinh và trong các tế bào biểu mô. Việc đeo kính bảo vệ mắt khỏi ánh sáng mặt trời cũng là yếu tố phòng đục thủy tinh thể.

CHẤN THƯƠNG MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được cách phân loại chấn thương mắt.
2. Trình bày được các tổn thương chấn thương mắt.
3. Xử trí ban đầu chấn thương mắt.
4. Trình bày được cách đề phòng chấn thương mắt.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học của chấn thương mắt

Chấn thương mắt là một nguyên nhân gây mù loà trầm trọng. Ở Việt Nam chấn thương mắt là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây mù loà và giảm thị lực sau bệnh Glôcôm và bệnh đục thể thuỷ tinh. Chấn thương mắt chiếm 13% tổng số bệnh nhân điều trị trong mười năm qua tại Viện Mắt Trung ương Hà Nội. Qua các số liệu thống kê, chấn thương mắt gặp ngày một tăng. Tỷ lệ chấn thương mắt gặp ở nam nhiều hơn nữ (nam chiếm 70 - 79%). Tỷ lệ trẻ em bị chấn thương mắt khá cao, chiếm từ 30 - 50% trong tổng số bệnh nhân chấn thương mắt, nguyên nhân chủ yếu do que chọc vào mắt, ném gạch đá vào mắt, đánh kháng... khi đùa nghịch nhau. Chấn thương mắt gặp trong công nghiệp chiếm tỷ lệ ngày càng cao, gây tác hại lớn đối với mắt và ảnh hưởng đến lao động sản xuất. Tại Mỹ, theo nghiên cứu của hệ thống Chấn thương mắt Quốc gia, cho thấy tỷ lệ nhập viện trung bình hàng năm với chẩn đoán chấn thương mắt là 13,2/100.000, nam giới cao gấp 3 lần nữ giới. Với nguyên nhân chủ yếu do súng hơi, tai nạn xe hơi, dị vật, hành hung, biến chứng phẫu thuật, các vụ nổ hoặc hoả hoạn.

Chấn thương mắt thường do một số nguyên nhân:

- Cơ học: Tác động trực tiếp hoặc gián tiếp vào mắt như que gậy chọc vào mắt, gạch đá bắn vào mắt, hạt thóc bắn vào mắt, sắt thép, bụi kim khí bắn vào mắt.
- Yếu tố vật lý: Tia hồng ngoại, tia Ronghen, hơi nóng...
- Hoá học: Axit, bazơ, chất độc hoá học...

2. Khai thác bệnh sử chấn thương mắt

- Nếu một bệnh nhân đến vì chấn thương mắt và toàn thân, cần phải chẩn đoán và điều trị tổn thương đe dọa sinh mạng trước khi đánh giá và xử lý tổn thương mắt. Khi tình trạng toàn thân của bệnh nhân đã ổn định, cần khai thác đầy đủ bệnh sử trước khi tiến hành

phẫu thuật. Mặc dù trong nhiều trường hợp khám sơ qua đã có thể thấy rõ vết thương, vẫn cần khai thác chi tiết bệnh sử về những yếu tố có khả năng gây chấn thương để khởi bỏ sót chẩn đoán trong những trường hợp không rõ ràng. Những yếu tố này gồm: Mạnh kim loại khi đập kim loại, vật bắn ra với tốc độ cao, vật có năng lượng cao tác động vào nhãn cầu, vật nhọn gây chấn thương, không mang kính bảo hộ mắt...

- Cần hỏi kỹ giờ, ngày và hoàn cảnh xảy ra chấn thương, tác nhân gây ra chấn thương là những vật có đầu nhọn, cạnh sắc hay là loại gì...

- Các thành phần nghi ngờ có dị vật nội nhãn (đồng thau, đồng đỏ, sắt, thực vật, đất đá).

- Đã điều trị gì trước khi đến khám chưa.

- Khai thác tiền sử bệnh mắt và bệnh toàn thân trước khi bị chấn thương mắt.

3. Phân loại chấn thương mắt

Các hình thái lâm sàng của chấn thương mắt rất phức tạp, nhưng có thể chia làm hai loại chính: Đụng dập mắt, vết thương xuyên thủng và vết thương có dị vật.

3.1. Đụng dập mắt

3.1.1. Đụng dập mi và hốc mắt

- Nếu đụng dập nhẹ thường gây sưng và tụ máu ít dưới da mi.

- Nếu đụng dập mạnh có thể gây tụ máu dưới da mi, quanh hốc mắt như hình gọng kính hoặc có dấu hiệu lẹo xạ tràn khí dưới da hoặc sụp mi.

3.1.2. Đụng dập nhãn cầu

Nguyên nhân thường do các vật có đầu tù, kích thước lớn đập vào mắt gây nên những tổn thương nặng nề và phức tạp. Cơ chế: tác nhân đập vào mắt sẽ gây một làn sóng ép giác mạc, móng mắt, thủy tinh thể, dịch kính ra sau ép vào thành sau của nhãn cầu, gây thiếu máu đột ngột; Sau đó lập tức một làn sóng phản hồi trở lại đẩy dịch kính, thủy tinh thể ra phía trước. Sự thay đổi áp lực đột ngột sẽ gây chảy máu tiền phòng, nội nhãn, lệch thủy tinh thể hoặc vỡ thành nhãn cầu.

- Đụng dập nhãn cầu có thể gây nên một số tổn thương:

+ *Xuất huyết tiền phòng:*

Là do tổn thương các mạch máu ở chân móng mắt và các tĩnh mạch vùng rìa chảy vào tiền phòng. Tùy theo mức độ tổn thương mà máu tiền phòng nhiều hay ít. Nếu máu mới có màu đỏ tươi, máu cũ thường là máu cục và đỏ thẫm. Thị lực giảm phụ thuộc vào máu nhiều hay ít. Xuất huyết tiền phòng có thể gây ra các biến chứng:

* Tăng nhãn áp.

* Thăm máu giác mạc do máu nhiều, đọng lâu trong tiền phòng.

+ *Đụng dập nhãn cầu có thể gây nên tổn thương ở móng mắt, thủy tinh thể, dịch kính, võng mạc, thị thần kinh... làm cho thị lực giảm.*

3.2. Vết thương xuyên

3.2.1. Vết thương mi

- Vết thương nông: Xước, trợt da, rách nông.
- Vết thương sâu phức tạp: Đập nát, đứt lệ quản, rách túi lệ...

3.2.2. Vết thương xuyên nhãn cầu

a) Vết thương nông

- + Vết thương rách kết mạc.
- + Xước giác mạc.
- + Rách giác mạc không xuyên thủng.

b) Vết thương xuyên thủng

- *Vết thương xuyên thủng nhãn cầu có đặc điểm:*
- + Làm phôi tổ chức nội nhãn (Dịch kính, mống mắt, thể mi...).
- + Dễ nhiễm khuẩn.
- + Có thể gây nhãn viêm đồng cảm: Là bệnh viêm màng bồ đào rất nặng ở mắt không bị chấn thương.

- Vết thương xuyên thủng giác mạc:

- + Thị lực giảm nhiều hoặc ít tùy thuộc vào mức độ tổn thương và vị trí tổn thương.
- + Đau nhức mắt, đau nhiều hay ít phụ thuộc vào tổn thương nặng hay nhẹ.
- + Vết thương rách nhỏ, gọn sẽ tự đóng kín, nếu vật nhọn đâm sâu có thể làm rách mống mắt, vỡ thủy tinh thể làm cho thủy tinh thể đục sớm hay muộn.
- + Vết rách rộng hay gây phôi kẹt mống mắt, thể mi, vỡ thủy tinh thể, xuất huyết tiền phòng, nội nhãn. Loại tổn thương này nguy hiểm vì nó có thể gây ra nhiều biến chứng như: Nhiễm khuẩn, uống ván, nhãn viêm đồng cảm.

- Vết thương xuyên củng mạc:

- + Vết thương xuyên củng mạc ở phía trước dễ phát hiện, qua vết rách có thể thấy thể mi, hắc mạc, dịch kính phôi kẹt ở vết rách.
- + Vết thương làm vỡ củng mạc ở phía sau: Khi khám thấy thị lực giảm, mắt mềm, soi ánh đồng tử có thể chỉ là một màu đen do xuất huyết trong dịch kính.

3.3. Vết thương có dị vật

Thường gặp do các chấn thương trong sản xuất công nghiệp (chặt, đục sắt, mài sắt bằng đá mài không mang kính bảo hộ) hay do mảnh đạn, mìn... trong chiến tranh. Trong sinh hoạt thường gặp do bụi.

3.3.1. Dị vật kết mạc

Bệnh nhân có cảm giác đau chói, cộm vướng, chảy nhiều nước mắt. Khám thấy dị vật ở kết mạc.

3.3.2. Dị vật giác mạc

Đau chói, Sợ ánh sáng, co quắp mi, chảy nước mắt. Dị vật giác mạc nông hay gây cảm giác đau, khó chịu cho bệnh nhân hơn là các dị vật ở sâu. Khi khám phát hiện dị vật, tùy theo điều kiện trang bị, cần có: ánh sáng thật tốt, lúp hai mắt, hoặc tốt nhất có máy sinh hiển vi khám mắt để xác định chính xác vị trí và độ sâu của dị vật.

3.3.3. Dị vật trong nhãn cầu

Những vết thương xuyên thủng nhãn cầu nghi có dị vật, ta phải hỏi kỹ về tiền sử bị thương, hoàn cảnh xảy ra, tác nhân gây chấn thương, tư thế bệnh nhân lúc xảy ra chấn thương. Khám kỹ bằng sinh hiển vi để phát hiện dị vật trong tiền phòng, soi đáy mắt, chụp X quang. siêu âm để phát hiện dị vật trong nhãn cầu, chụp hố mắt, xem có dị vật trong hố mắt không.

4. Đánh giá và xác định mức độ tổn thương

Cần đánh giá và xác định mức độ tổn thương để ra quyết định:

- *Giữ lại để điều trị và theo dõi ở tuyến cơ sở các bệnh nhân chấn thương mắt nhẹ, thị lực không giảm:*

- + Đụng dập mi và hốc mắt nhẹ, chỉ gây sưng và tụ máu ít dưới da mi.
- + Vết thương mi nông, gọn.
- + Vết thương rách kết mạc nhỏ.
- + Xước giác mạc nông, nhỏ.
- + Xuất huyết tiền phòng nhẹ, chỉ có ngăn máu ít khoảng 1 - 2 mm, cương tụ rìa âm tính.
- + Dị vật kết mạc, giác mạc nông.

- *Tất cả các trường hợp chấn thương mắt nặng, gây giảm thị lực, sau khi sơ cứu cần gửi đi tuyến chuyên khoa càng sớm càng tốt.*

5. Xử trí chấn thương mắt

- *Đụng dập mi và hốc mắt:*

+ Nếu đụng dập nhẹ, thị lực không giảm, tiến hành rửa, sát trùng ngoài da bằng thuốc đỏ. Dùng vitamin C, B₁. Thông thường sau 5 - 7 ngày sẽ khỏi.

+ Nếu đụng dập mạnh gây tụ máu dưới da mi, quanh hốc mắt như hình gọng kính, có dấu hiệu lạo xạo tràn khí dưới da, hoặc sụp mi phải gửi bệnh nhân lên tuyến trên ngay để xác định các tổn thương phía sau.

- *Xuất huyết tiền phòng nhẹ, chỉ có ngăn máu ít khoảng 1 - 2 mm, cương tụ rìa âm tính. Xử trí tại tuyến cơ sở:*

- + Băng kín hai mắt, nằm bất động trên giường (chỉ ngồi dậy, đi lại nhẹ nhàng khi cần thiết).
- + Chế độ ăn: Ăn các chất mềm như cháo, xúp... trong những ngày đầu mới xuất huyết.

+ Liệu pháp uống nước: Cho bệnh nhân uống 800 ml - 1000 ml nước sôi để nguội trong thời gian từ 3 - 5 phút. Mục đích uống nước là để thể mi tăng tiết thủy dịch, thủy dịch pha loãng máu trong tiền phòng, giúp cho máu trôi ra ngoài cùng với thủy dịch (Liệu pháp này không được dùng cho những bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp, suy tim, xơ gan, viêm thận...).

+ Thuốc cầm máu và tăng sức bền thành mạch: vitamin K, vitamin C.

+ Thuốc tiêu máu: tam thất uống ngày 10 g - 15 g/ ngày.

- *Xuất huyết tiền phòng mức độ nặng hơn*, có giảm thị lực phải băng kín hai mắt rồi chuyển bệnh nhân đi ngay ở tư thế nằm ngửa. Tại tuyến chuyên khoa cho dùng thêm thuốc tiêu máu: Hyasa tiêm dưới kết mạc ngày một ống. Nếu có tăng nhãn áp cho uống thêm diuramid, glyxerol. Theo dõi nếu sau 7 ngày máu nhiều, đặc không tiêu được phải phẫu thuật trích máu tiền phòng. Trường hợp có tăng nhãn áp phải mở tiền phòng tháo máu sớm hơn để phòng thâm nhiễm máu giác mạc.

- *Vết thương mi nông*: Xước, trợt da, rách nông, tiến hành rửa vết thương, sát trùng bằng thuốc đỏ. Dùng kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

- *Vết thương mi sâu phức tạp*: Dập nát, đứt lệ quản, rách túi lệ...Tiến hành rửa vết thương, cho uống kháng sinh, tiêm SAT, băng mắt gửi bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa. Trường hợp rách gọn có thể khâu được ở cơ sở, phải tôn trọng một số nguyên tắc sau khi khâu vết thương:

+ Cắt lọc vết thương hết sức tiết kiệm để tránh biến dạng mi.

+ Đặt lại các tổ chức bị rách đúng vị trí giải phẫu để giữ được hình dạng và độ cong của bờ mi.

- *Vết thương rách kết mạc dưới 3 mm*, không phải khâu, dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

- *Xiước giác mạc nhỏ, nông*: Tra DD cloroxit 0,4%; DD gentamycin 0,5%; mỡ gentamycin 0,3%; uống kháng sinh toàn thân.

- *Dị vật kết mạc và giác mạc*: Cần được lấy ra sớm, nếu để lâu rất dễ bị nhiễm trùng dẫn tới viêm loét giác mạc. Nếu dị vật nông: Tra DD dicain 1%, dùng đầu mũi kim nhọn nhẹ nhàng gẩy nhẹ dị vật ra. Dị vật sâu phải gửi bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa để lấy dị vật.

- *Xử trí vết thương xuyên thủng nhãn cầu*: Phải xác định đây là một cấp cứu, việc xử trí phải được tiến hành khẩn trương và tôn trọng các nguyên tắc sau:

+ *Tuyến cơ sở*:

* Băng kín hai mắt, lau sạch phía ngoài mi.

* Tiêm hoặc uống kháng sinh.

* Tiêm SAT phòng uốn ván.

* Chuyển bệnh nhân đi ở tư thế nằm ngửa, không được rửa mắt, không được tra thuốc mỡ vào mắt bệnh nhân.

+ *Tuyên chuyên khoa:*

Phải khám kỹ vết thương để có một chỉ định khoét bỏ hay bảo tồn. Nếu vết thương rộng phòi nhiều tổ chức nội nhân, thị lực ST (-) có chỉ định khoét bỏ nhân cầu. Những trường hợp có chỉ định bảo tồn, cần tuân theo các nguyên tắc sau:

Rửa vết thương bằng nước muối đẳng trương hoặc dung dịch kháng sinh pha loãng, cố gắng lấy hết dị vật nông (*Chú ý:* Không được dùng bông hoặc dụng cụ gạt, kéo các tổ chức phòi qua mép mổ).

- *Xử lý tổ chức phòi qua mép mổ:*

- * Mống mắt, thể mi, hắc mạc: Nếu bệnh nhân đến sớm, mống mắt, thể mi, hắc mạc còn tươi, không bị dập nát, dùng Spatun đẩy vào: Nếu bệnh nhân đến muộn, mống mắt, thể mi, hắc mạc, bị dập nát nhiều thì cắt bỏ phần bị kẹt.
- * Thủy tinh thể: Nếu thủy tinh thể bị vỡ, đục nhiều nên phẫu thuật rửa hút lấy chất nhân, nếu đục ít chưa nên phẫu thuật, khâu vết rách cho thủy tinh thể đục hết sẽ tiến hành mổ rửa hút sau.
- * Dịch kính: Nếu dịch kính phòi qua mép rách phải dùng kéo Vanas cắt bỏ, không được đẩy vào.

- *Khâu vết rách:*

- * Giác mạc: vết rách nhỏ, gọn tự biểu mô được không phải khâu, vết rách gấp khúc, rộng phải khâu. Sau khi khâu xong vết rách phải khâu phủ kết mạc. Có thể khâu chỉ tự tiêu, chỉ nhân tạo hoặc chỉ tổng hợp liền kim 8/0; 9/0; 10/0. Cách khâu: Khâu 2/3 chiều dày của giác mạc, mỗi mũi chỉ cách nhau từ 1-1,5mm, có thể khâu mũi rời hoặc khâu vát.
- * Củng mạc: Vết rách nhỏ cũng phải khâu, khâu bằng chỉ catgut 6/0; 7/0 hoặc chỉ lụa, khâu 2/3 chiều dày của củng mạc, nếu khâu mỏng quá vết rách sẽ khó liền, tốt nhất là khâu mũi rời.

6. Các biện pháp để phòng chấn thương mắt

Vấn đề dự phòng có ý nghĩa rất quan trọng trong việc ngăn ngừa, giảm nhẹ chấn thương mắt. Đây là việc cần có sự tham gia tích cực của nhiều ngành, nghề và các tổ chức ngoài xã hội:

- *Về tuyên truyền:* Cần tuyên truyền rộng rãi tác hại của chấn thương mắt. Giáo dục ý thức đề phòng tai nạn do chấn thương gây ra, đặc biệt chú ý đến các đối tượng:

- + Công nhân cơ khí.
- + Nông dân khi gặt đập lúa.
- + Trẻ em.

- *Về tổ chức:*

- + Đảm bảo cho người lao động làm việc trong điều kiện an toàn, đầy đủ trang bị bảo hộ lao động.
- + Tổ chức tốt việc sơ cứu, cấp cứu chấn thương mắt.

BỎNG MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được các tác nhân gây bỏng mắt.
2. Trình bày được phân loại bỏng.
3. Trình bày được cách xử trí ban đầu bỏng mắt.
4. Tuyên truyền được trong cộng đồng cách phòng chống bỏng mắt.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học của bỏng mắt

Bỏng mắt là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, thường gặp trong sinh hoạt và lao động sản xuất. Bỏng mắt mặc dù có thể được cấp cứu kịp thời vẫn có thể dẫn đến mù loà, nhưng việc cấp cứu khẩn trương trong những giờ phút đầu tiên sẽ làm hạn chế được rất nhiều tác hại của bỏng đối với mắt.

Trong thời chiến bỏng chiếm 60% chấn thương mắt, nguyên nhân chủ yếu là do bỏng nhiệt.

Trong thời bình bỏng chiếm 6% - 10% chấn thương mắt, nguyên nhân chủ yếu là do hoá chất.

Một nghiên cứu tại Viện Mắt Trung ương Hà Nội, cho thấy tình hình bỏng mắt tại khoa chấn thương của Viện trong 5 năm gần đây như sau:

- Tỷ lệ bỏng mắt gặp nhiều nhất ở lứa tuổi lao động: 57,6%.
- Tỷ lệ bỏng mắt do tai nạn lao động khá cao: 28,6%.
- Bỏng mắt do đùa nghịch vô ý thức chiếm tỷ lệ rất cao: 50,4%.
- Bỏng mắt do cố tình hại người khác: 21%.
- Tỷ lệ bỏng mắt ở nam cao hơn nữ gấp 3 lần: Nam 74,8%, nữ 25,2%.
- Tác nhân gây bỏng chủ yếu do vôi: 60,9%.

Kết quả nghiên cứu của một số tác giả Liên Xô cũng cho thấy bỏng mắt gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động.

2. Nguyên nhân và đặc điểm bỏng mắt

2.1. Nguyên nhân

- Do nhiệt: lửa, nước sôi, kim loại nóng chảy, mỡ sôi...
- Do hoá chất: Vôi sống, vôi tôi, axit, anilin, iode, nitrat bạc, photpho...
- Bỏng điện: do tia hàn, tia hồng ngoại, tia cực tím...

Trong các nguyên nhân trên bỏng hoá chất là nguyên nhân thường gặp nhất và thuộc loại nặng nhất, nguy hiểm nhất do tính phá huỷ mạnh và dễ thấm sâu vào tổ chức.

2.2. Đặc điểm lâm sàng của bỏng hoá chất

Bỏng hoá chất là loại bỏng nặng. Mức độ trầm trọng của bỏng phụ thuộc vào:

- Thời gian tiếp xúc của chất gây bỏng với kết mạc, giác mạc.
- Tính chất lý học của hoá chất bền vững hay chóng biến chất, dễ hay khó hoà tan, khả năng thẩm thấu và hút nước.
- Khả năng gây tác dụng và làm đông protein của tổ chức.
- Tính chất hoá học của chất gây bỏng, axit hay bazơ.

a) Đặc điểm của bỏng axit

Axit vào mắt sẽ tác động làm cho protein của tổ chức đông lại thành chất proteinat axit không hoà tan, chính hợp chất proteinat axit này sẽ trở thành hàng rào ngăn cản không cho axit thấm sâu vào tổ chức. Do vậy:

- + Bỏng axit phá huỷ tổ chức nhanh nhưng hạn chế về chiều sâu.
- + Bỏng không có xu hướng lan rộng.
- + Có thể tiên lượng bỏng ngay từ đầu.

b) Đặc điểm lâm sàng của bazơ

Bỏng bazơ là loại bỏng nặng nhất trong các loại bỏng hoá chất vì bỏng bazơ lan rộng và thấm sâu gây nên những biến chứng nặng nề nhiều khi khó lường trước được.

- Bazơ vào mắt tác dụng với protein của tổ chức tạo thành hợp chất proteinat - bazơ. Hợp chất này có đặc tính hút nước mạnh và gây phản ứng xà phòng hoá nên dễ ngấm sâu và gây hoại tử tổ chức. Vì vậy, chất bazơ còn gây nguy hiểm chừng nào nó còn nằm ở trong mắt.

- Việc đánh giá và tiên lượng bỏng bazơ rất khó khăn nên phải thận trọng.
- Trong bỏng bazơ vai trò của men cholangenaza rất quan trọng. Qua một số thực nghiệm, người ta nhận thấy bazơ vào mắt sẽ làm xuất hiện men cholangenaza trên giác mạc. Men này làm tiêu huỷ nhu mô của giác mạc, khi còn men cholangenaza thì giác mạc còn bị tiêu huỷ.
- Trong bỏng bazơ, bỏng vôi cực là nặng nhất vì ngoài bỏng hoá chất còn kèm theo bỏng nhiệt.

3. Triệu chứng lâm sàng của bồng

3.1. Cơ năng

- Bồng nhẹ thấy rất ở mắt, chảy nước mắt, thị lực giảm ít hoặc bình thường.
- Bồng nặng đau nhức mắt, thị lực giảm nhiều.

3.2. Thực thể

+ Da mi: Nếu nhẹ chỉ thấy da mi đỏ hay có nốt phỏng, nếu nặng có thể thấy tổn thương cả cơ và sụn mi.

+ Kết mạc:

- Nhẹ: Thấy cương tụ kết mạc.
- Nặng thấy kết mạc cương tụ, phù nề, có thể xuất huyết dưới kết mạc.
- Rất nặng: Kết mạc bị hoại tử, thấy kết mạc trắng nhợt, không thấy mạch máu, làm dấu hiệu Amsler(+): Dùng kim nhọn chọc vào chỗ kết mạc nghi hoại tử bệnh nhân không thấy đau và không thấy rớm máu ở chỗ chọc kim.

+ Giác mạc:

- Nhẹ: Biểu mô đục nhẹ có thể có bọt biểu mô.
- Nặng: Biểu mô hoại tử, bong ra, khi nhuộm bắt màu fluorescein.
- Rất nặng: Hoại tử sâu đến các lớp của giác mạc, khám thấy giác mạc đục, có thể đục trắng như sứ, không nhìn được các thành phần sau giác mạc.
- Tổn thương ở vùng rìa liên quan chặt chẽ đến tổn thương ở giác mạc. Tổn thương ở vùng rìa sẽ làm các mạch máu bị tổn thương, các bạch cầu đa nhân xâm nhập vào giác mạc sẽ giải phóng ra men cholesteraza làm tổn thương tại giác mạc nặng lên.
- Các trường hợp bồng đặc biệt nặng: tổn thương sâu hơn dẫn đến viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh...

4. Đánh giá và phân loại bồng

- Việc đánh giá và phân loại bồng rất phức tạp. Bảng phân loại *theo tác nhân gây bồng* được chia làm 3 độ:

Độ 1: Bồng nhẹ.

Độ 2: Bồng vừa.

Độ 3: Bồng nặng.

- Gần đây, để xác định tính khẩn cấp của việc cấp cứu bồng cũng như tiên lượng của bồng nặng, nhiều tác giả đã *chia bồng nặng làm hai loại*:

Bồng nặng.

Bồng đặc biệt nặng.

- Căn cứ vào chiều sâu và chiều rộng để phân loại bồng:

- + Bảng phân loại theo chiều sâu: (Poliak)
 - Độ I: Da mi đỏ, kết mạc cương tụ, giác mạc bọng biểu mô (nông).
 - Độ II: Mi có nốt phỏng, có giác mạc ở kết mạc, giác mạc đục lơ mờ.
 - Độ III: Hoại tử da mi, kết mạc hoại tử, giác mạc đục (Như kính mờ).
 - Độ IV: Mi cháy đen, hoại tử sâu đến lớp cơ và sụn, giác mạc đục trắng như sứ.
- + Bảng phân loại theo chiều sâu và rộng (Poliak)
 - Mức độ nhẹ : Bọng sâu độ I ở mi kết mạc, giác mạc (không để diện tích).
 - Mức độ vừa : Bọng sâu độ II ở mi, kết mạc, giác mạc (không kể diện tích).
 - Mức độ nặng : Bọng sâu độ III dưới 1/2 diện tích mi, kết mạc, giác mạc vùng rìa.
 - Mức độ đặc biệt: Bọng sâu độ III trên 1/2 diện tích mi, kết mạc, giác mạc vùng rìa.

5. Nguyên tắc xử trí cấp cứu bọng

Bọng là một cấp cứu cần được xử trí hết sức khẩn trương, trong đó việc loại bỏ chất gây bọng ngay từ phút bị bọng đầu tiên rất quan trọng.

5.1. Nguyên tắc chung

- Loại bỏ ngay chất gây bọng.
- Chống đau nhức mắt.
- Chống nhiễm trùng.
- Chống dính kết mạc, giác mạc, và mi mắt.
- Chống thiếu dưỡng giác mạc.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Loại trừ chất gây bọng

Đây là việc cần làm ngay càng sớm càng tốt, đặc biệt ở tuyến cơ sở cần phải thực hiện thành thạo công việc này:

+ Rửa mắt ngay sau khi bị bọng để loại trừ chất gây bọng bằng bất kỳ nước gì miễn là nước sạch như: Nước cất, nước máy, nước giếng... rửa nhanh, rửa nhiều và kéo dài. Thời gian rửa ít nhất từ 10 - 15 phút.

+ Nếu bọng hoá chất người ta dùng các dung dịch trung hoà để rửa: Bọng axit trung hoà bằng DD bicacbonat 1% - 2%, nếu bọng bazơ trung hoà bằng dd axit axetic 1% - 2% hoặc DD axit picric 5%...

+ Nếu bọng vôi cục thì phải gấp hết vôi cục mới được rửa mắt, sau đó rửa bằng DD glucoza 30%, glucoza tác dụng với hydroxyt canxi tạo thành hợp chất canxi gluconat không hoà tan làm mất tác dụng gây bọng của vôi. Cần tra DD dicain 1% gây tê trước khi gấp cục vôi.

- Nếu bọng iốt tra DD cocain.
- Nếu bọng nitrat bạc rửa bằng huyết thanh mặn đẳng trương.
- Nếu bọng phốt pho rửa bằng DD sunphat đồng 0,5%.
- Nếu bọng thuốc tím rửa bằng axit ascorbic.

+ Phẫu thuật loại trừ tác nhân gây bỏng.

- Hớt bỏ lớp biểu mô.

- Phẫu thuật Passow - Poliak: Dùng dao hoặc kéo rạch kết mạc ở vị trí giữa các cơ thẳng, đường rạch cách ra 2mm dài 4 mm sau đó dùng spatun tách rộng các đường rạch, chất gây bỏng sẽ thoát ra ngoài qua các đường rạch đó.

- Phẫu thuật trích mở tiền phòng trong trường hợp bỏng nặng.

- Phẫu thuật Doe-Nig: Dùng niêm mạc môi thay thế phần kết mạc hoại tử.

5.2.2. Dinh dưỡng kết, giác mạc

- Dùng thuốc giãn mạch như vitamin PP, divascol....

- Tiêm máu tự thân: Lấy 1ml máu tĩnh mạch bệnh nhân + 0,5ml gentamycin tiêm dưới kết mạc.

- Tra DD CB₂ dầu cá hoặc uống các loại vitamin B₁, B₂, C, dầu cá.

- Nếu giác mạc bị hoại tử sâu dọa thủng phải khâu cò mi để bảo vệ giác mạc, nếu có điều kiện nên ghép giác mạc nóng.

5.2.3. Chống nhiễm trùng

- Tại mắt tra dd, mỡ kháng sinh: cloroxit, gentamycin...

- Toàn thân dùng kháng sinh tiêm hoặc uống.

5.2.4. Chống dính mi cầu

- Tra mỡ kháng sinh tại mắt ngày 2 - 3 lần.

- Hàng ngày tách dính mi cầu bằng cách bôi thuốc mỡ vào đĩa thủy tinh, đưa vào cùng đồ trên, dưới để tách dính, nếu có điều kiện nên dùng kính tiếp xúc đặt tại mắt.

- Không được băng kín mắt.

5.2.5. Giảm đau

- Tại chỗ: Nếu đau nhức nhiều tra DD dicain 1% × 2 - 3 lần/ ngày.

- Toàn thân: uống thuốc giảm đau như analgin, alaxan... uống thuốc an thần như seduxen, meproamat...

6. Phòng chống bỏng mắt

- Tổ chức tốt và kiểm tra thường xuyên việc thực hiện an toàn lao động: che chắn, đeo kính bảo hộ khi làm việc ở những chỗ có nguy cơ gây bỏng mắt (tôi vôi, nấu gang, luyện thép, tiếp xúc với hoá chất...).

- Ở các cơ sở y tế cần có vòi nước để rửa mắt cấp cứu và một số thuốc rửa mắt cần thiết như nước đường, DD natri bicacbonat 1%, DD axit acetic 1%...

- Giáo dục cho trẻ em có ý thức không chơi các trò chơi nguy hiểm như: nghịch lửa, đứng gần hồ tôi vôi, tiếp xúc với hoá chất...

MẮT VÀ CÁC BỆNH TOÀN THÂN

Mục tiêu

1. Liệt kê được các triệu chứng lâm sàng chính tại mắt của một số bệnh toàn thân.
2. Trình bày được cách xử trí tại mắt của một số bệnh toàn thân.

Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học

- Tại các nước đang phát triển, theo thống kê, trong các nguyên nhân gây mù loà, có 75% do các bệnh đục thể thủy tinh, nhiễm trùng, glôcôm và suy dinh dưỡng gây nên, còn những bệnh mắt khác chiếm 25% còn lại, trong đó một nguyên nhân rất quan trọng là do các bệnh toàn thân gây nên.

- Mắt là một bộ phận của cơ thể thống nhất, khi thăm khám mắt có thể phát hiện được nhiều biểu hiện bệnh lý của các bệnh toàn thân như: tăng áp lực nội sọ, cao huyết áp, đái tháo đường...

- Một số bệnh của mắt như: viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh, viêm giác mạc... lại có thể có nguyên nhân do các bệnh toàn thân gây nên: dị ứng, đái tháo đường, lao, giang mai...

- Vì vậy, kết hợp chặt chẽ giữa điều trị tại mắt với điều trị toàn thân là một yêu cầu quan trọng bắt buộc. Với sự phát triển nhanh chóng của khoa học công nghệ, việc chẩn đoán và điều trị kết hợp tốt các bệnh toàn thân đã có kết quả rất tốt trong điều trị các bệnh về mắt.

2. Hội chứng tăng áp lực sọ não

2.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Hội chứng tăng áp lực sọ não, nguyên nhân có thể do u trong sọ, chấn thương sọ não, áp xe trong sọ... gây nên.

- *Toàn thân:*

+ Bệnh nhân có nhức đầu dai dẳng, có khi nhức đầu âm ỉ, song cũng nhiều khi nhức đầu dữ dội. Tăng lên khi có kích thích (tiếng động mạnh, ánh sáng quá mạnh, gió to...).

+ Bệnh nhân có buồn nôn, có thể nôn vọt một cách dễ dàng.

+ Các cơn nhức đầu ngày càng thu ngắn, trở thành đau nhức liên miên, kèm theo có thể mất thăng bằng cơ thể.

2.2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt

- Khám mắt, thấy có sự không tương xứng sau:

+ *Thị lực*: Phần lớn các trường hợp bệnh nhân có thị lực bình thường hoặc chỉ giảm thị lực ít.

+ *Soi đáy mắt*: Thấy hình ảnh gai thị ứ phù: Gai thị cương tụ, phồng cao khỏi nền võng mạc, có khi cao đến 2 mm. Võng mạc quanh gai phù nề, có thể có các chấm xuất huyết trên võng mạc. Giai đoạn cuối có thể thấy gai thị bạc màu (teo gai thị).

2.3. Xử trí

- *Tuyến cơ sở*: Những bệnh nhân có nhức đầu dai dẳng, điều trị bằng các thuốc an thần, giảm đau không có tác dụng, nên gửi đi tuyến trên để soi đáy mắt, phát hiện xem có ứ phù gai thị không.

- *Tuyến chuyên khoa*:

+ Phải điều trị kết hợp với khoa thần kinh và khoa phẫu thuật thần kinh để giải quyết nguyên nhân.

3. Cao huyết áp

3.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Ở Châu Âu và Bắc Mỹ, tỷ lệ người lớn mắc bệnh tăng huyết áp từ 15 - 20%. Ở Việt Nam, tỷ lệ đó khoảng 6 - 12%, số người mắc bệnh khoảng 5 triệu.

- Theo OMS, ở người lớn *có huyết áp bình thường*, nếu huyết áp động mạch tối đa dưới 140 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu dưới 90 mmHg; *Có tăng huyết áp* nếu huyết áp động mạch tối đa trên 160 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu trên 95 mmHg.

- Tăng huyết áp có 3 giai đoạn:

+ *Giai đoạn 1*: Bệnh nhân không có dấu hiệu khách quan về tổn thương thực thể nào.

+ *Giai đoạn 2*: Bệnh nhân có ít nhất một trong những dấu hiệu thực tổn sau:

* Dày thất trái, thấy được khi khám lâm sàng hay X quang, điện tâm đồ, siêu âm tim...

* Protein niệu hoặc creatinin máu tăng nhẹ.

+ *Giai đoạn 3*: Bệnh đã gây những tổn thương ở tim, não... như suy thất trái, xuất huyết não, tiểu não hay thân não. Ngoài ra, ở giai đoạn 3, thường có các biểu hiện khác như: Cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, viêm tắc động mạch, suy thận...

3.2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt

Khi soi đáy mắt có thể thấy một số hình ảnh tổn thương của cao huyết áp:

- Tăng huyết áp giai đoạn 1: Bệnh nhân không có dấu hiệu tổn thương thực thể tại mắt.

- Tăng huyết áp giai đoạn 2: Bệnh nhân có hẹp các động mạch võng mạc, lan rộng hoặc khur trú. Dấu hiệu Salus Gunn (+).

- Tăng huyết áp giai đoạn 3: bệnh nhân có dấu hiệu Salus Guun (+). Các động mạch võng mạc co nhỏ nhiều, quăn queo. Có thể có phù gai thị, xuất huyết và xuất tiết võng mạc.

3.3. Xử trí

- Toàn thân: kết hợp điều trị tăng huyết áp với khoa Nội.

- Tại mắt: có thể dùng thuốc giãn mạch: vitaminPP, cavinton.

4. Basedow

4.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Bệnh Basedow có những biểu hiện lâm sàng chính như các dấu hiệu của nhiễm độc giáp với bướu giáp lan toả. Đây là bệnh phổ biến trong các bệnh nội tiết trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chiếm 45,8% các bệnh nội tiết và 2,6% các bệnh nội khoa được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng phần lớn ở tuổi 21 - 40 (ở tuổi 21 - 30 chiếm 31,8%). Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam.

- *Hội chứng nhiễm độc giáp:*

+ *Triệu chứng tim mạch là quan trọng nhất:* Nhịp tim nhanh là triệu chứng sớm và bao giờ cũng có. Mạch 100 lần/ phút hoặc hơn. Bệnh nhân thấy trống ngực, hồi hộp, khó thở... Nghe tim: Đập nhanh, mạnh, có khi T1 đánh, T2 tách đôi, thổi tâm thu nhẹ. Sờ móm tim đập mạnh.

+ *Triệu chứng vận mạch:* sợ nóng (90% các trường hợp). Các cơn giãn mạch làm bệnh nhân bừng nóng, đỏ mặt, tái mặt. Ra mồ hôi từng lúc hoặc thường xuyên.

+ *Triệu chứng tiêu hoá:* bệnh nhân ăn nhiều, chóng đói mà vẫn gầy. Phân lỏng, hay ỉa chảy.

+ *Triệu chứng toàn thân:* gầy sút nhanh, giảm mất 5 - 10 kg sau một vài tháng. Thường teo cơ, nhược cơ.

+ *Cường giao cảm:* run, đặc biệt ở các đầu ngón tay, tăng lên khi xúc động.

+ *Bướu giáp:* có thể có nhưng rất hiếm (1,5% các trường hợp). Bướu thường chỉ to vừa hoặc hơi to, rất ít khi quá to.

4.2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt

Thường xuất hiện đồng thời với bướu giáp. Có thể chia các dấu hiệu lâm sàng về mắt thành 2 loại:

- *Co cơ mi trên:* thường gặp và là một dấu hiệu của bệnh cơ do tăng năng giáp. Bệnh nhân nhìn chằm chằm, mắt long lanh sáng. Co mi trên được biểu hiện bằng nhìn thấy lưới liềm trắng của củng mạc ở phía trên của vùng rai (dấu hiệu Darlympic), hậu quả là khe mi bị mở rộng (dấu hiệu Stellwag). Bảo bệnh nhân nhắm mắt sẽ thấy có nếp gấp mi trên (dấu hiệu Gifford). Cơ vận nhãn và cơ mi co không đồng đều (dấu hiệu Graefe). Ngoài ra có thể thấy bờ tự do mi trên sạm lại.

- *Lồi mắt thực sự:* Nhãn cầu bị đẩy ra phía trước (xác định bằng lồi kế Hertel), lồi ít hoặc nhiều, có thể lồi đều hai bên hoặc không đều. Bệnh nhân có thể bị liệt vận nhãn,

cương tụ, phù nề kết mạc. Trường hợp nặng có thể gặp biến chứng lồi mắt ác tính, loét giác mạc, liệt cơ vận nhãn, teo gai thị dẫn đến mù loà.

4.3. Xử trí

- Điều trị nội khoa: Kết hợp với khoa bướu cổ để điều trị nguyên nhân.
- Điều trị ngoại khoa: Phẫu thuật cắt bỏ bán phần thủy giáp.
- Tại mắt:
 - + Chống nhiễm trùng: Tra thuốc nước, thuốc mỡ kháng sinh.
 - + Tăng cường dinh dưỡng tại mắt: Tra vitamin A, nước mắt nhân tạo, uống vitamin A, C...

5. Đái tháo đường

5.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 4 - 7% số dân ở nhiều nước trên thế giới.
- *Một số dấu hiệu lâm sàng của đái đường thể điển hình:*
 - + Đái nhiều, nước tiểu vàng, sánh, có ruồi bâu, kiến đậu.
 - + Khát và uống nước nhiều.
 - + Ăn nhiều, gầy nhiều.
 - + Da khô, ngứa, nhiễm trùng da mãn tính.
 - + Nếu nặng bệnh nhân có thể dẫn đến hôn mê.

5.2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt

- Rối loạn mạch máu ở mống mắt: dấu hiệu mống mắt đỏ (dấu hiệu Iridis rubeosis). Có thể gây xuất huyết tiền phòng, tăng nhãn áp.
- Rối loạn mạch máu ở võng mạc: có thể gây xuất huyết dịch kính, võng mạc. Có thể gây viêm võng mạc phồng thính, bong võng mạc.
- Đục thể thủy tinh: Thường đục cả hai bên, đục hình đĩa ở cực sau.
- Dễ gây các bệnh nhiễm trùng phân trước nhãn cầu: Lẹo, nhọt...

5.3. Xử trí

- Toàn thân: Kết hợp điều trị với khoa Nội.
- Tại mắt: Dùng thuốc tăng cường dinh dưỡng, chống nhiễm trùng, theo dõi để phòng các biến chứng.

6. Lao

6.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Lao là bệnh do trực khuẩn Mycobacterium gây nên, ở Việt Nam, hàng năm có chỉ số nguy cơ nhiễm 1,5%, mắc lao mới khoảng 110.000 trường hợp.

- *Bệnh lao thường có một số triệu chứng phổ biến sau:*

- + Ho, có thể ho khan, nhưng phổ biến là ho có đờm.
- + Ho ra máu là triệu chứng có thể gặp ở nhiều bệnh nhưng chủ yếu là do lao (80%).
- + Đau và có cảm giác bị chèn ép trong lồng ngực.
- + Sốt nhẹ, ra mồ hôi về chiều hay đêm.
- + Gầy sút: Sút cân dần dần, kéo dài, bệnh nhân thấy sức lực giảm rõ rệt.

6.2. Triệu chứng lâm sàng của một số hình thái tại mắt

- *Lao kết mạc:* thường gặp loét sùi, bờ mềm, đáy có màu tím. Trung tâm loét có tổ chức bã đậu. Xét nghiệm có thể thấy tế bào bán liên, khổng lồ, ít khi gặp BK (+). Kèm theo có hạch trước tai.

- *Viêm giác mạc do lao:* thâm lậu giác mạc sâu, tập trung thành từng đám, có tân mạch từ vùng rìa bò vào. Bệnh thường gặp ở từng mắt một. Hay có tổn thương màng bồ đào kèm theo, hay tái phát.

- *Viêm màng bồ đào lao:* lúc đầu thường biểu hiện như một viêm màng bồ đào thông thường. Sau đó xuất hiện các nốt hay củ lao ở mống mắt hay trên giác mạc, có hình tròn, màu vàng xám, xung quanh thường có xuất tiết. Lao kê, lao màng não thường hay gây tổn thương này.

- *Viêm, teo thị thần kinh do lao:* có thể gặp sau lao màng não.

6.3. Xử trí

- Phải kết hợp với bệnh viện Lao để điều trị lao.

- Tại mắt: Chống nhiễm trùng, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân. Chú ý đề phòng các biến chứng.

7. Giang mai

- Trên thế giới những năm gần đây, bệnh giang mai đã tăng ở nhiều nước (ở những thập kỷ trước bệnh có chiều hướng giảm). Bệnh tăng rõ rệt ở vùng nhiệt đới và các nước đang phát triển.

7.1. Ba dấu hiệu Hutchison

- Viêm giác mạc sâu.
 - Điếc hay nghễnh ngãng.
 - Răng Hutchison: 2 răng số 1 hàm trên mọc lệch trục, mặt nhai bị khuyết nhám nhỏ.
- Ba dấu hiệu Hutchison được xem là những triệu chứng cổ điển của giang mai di truyền.

7.2. Đặc điểm viêm giác mạc do giang mai:

- Thâm lậu sâu, lan toả đều khắp giác mạc.
- Cả hai mắt bị bệnh cùng một lúc.

- Ít có tổn thương màng bồ đào kèm theo.
- Ít tái phát.

7.3. Xử trí

- Toàn thân: Điều trị theo phác đồ điều trị giang mai.
- Tại mắt: Dùng kháng sinh tra tại chỗ. Dùng các thuốc tăng cường dinh dưỡng tại giác mạc.

8. Phong

8.1. Một số triệu chứng toàn thân chính

- Bệnh phong do trực khuẩn Hansen gây nên. Ngày nay bệnh phong vẫn còn là một vấn đề xã hội ở các nước Đông Nam Á. Hiện ở các nước Đông Nam Á có khoảng 4,5 triệu bệnh nhân mắc bệnh phong. Các triệu chứng của bệnh phong rất phong phú và đa dạng.

- Thời kỳ ủ bệnh: Dài, trung bình khoảng 2 - 3 năm hoặc lâu hơn.

- Bệnh thường khởi phát bằng những biểu hiện kín đáo, như một nốt hồng, một vết bạc màu trên da mà bệnh nhân không để ý đến. Hay có một vài rối loạn cảm giác như kém cảm giác, tăng hoặc mất cảm giác ở một vùng da. Có khi do ngẫu nhiên bị bỏng mà không thấy đau rát nên mới phát hiện được. Có khi bệnh phát đột ngột bằng sự xuất hiện loại phản ứng kiểu hồng ban.

- Bệnh phong có ái tính với thần kinh nên rất dễ gây tàn phế trong quá trình tiến triển của bệnh.

8.2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt

Bệnh phong thường có các triệu chứng chính tại mắt:

- Dục lông mày, lông mi.
- Hở mi, lộn mi.
- Viêm, mất cảm giác giác mạc.
- Viêm móng mắt thể mi.

8.3. Xử trí

Điều trị bệnh phong cần kết hợp giữa điều trị bằng thuốc với liệu pháp vật lý, liệu pháp vận động nhằm đề phòng và chữa tàn phế.

9. Mắt và một số bệnh do virus

9.1. Đặc điểm

- Các bệnh do virus gây ra ở mắt thường gây ra nội thể.
- Virus ưa các tổ chức ngoại bì: Giác mạc, kết mạc, thần kinh...
- Ít gây mù.

9.2. Một số bệnh tại mắt do virus thường gặp

9.2.1. Viêm kết mạc họng hạch: xem bài viêm kết mạc.

9.2.2. Viêm giác mạc nông do virus

- Viêm giác mạc do virus Herpes:

+ Bệnh nhân thường sốt cao, sợ ánh sáng, trên giác mạc xuất hiện thâm lậu hình cành cây. Nhuộm DD fluorescein 1% (+). Cảm giác giác mạc giảm hoặc mất. Da môi, mũi, bộ phận sinh dục có thể thấy nổi lên những mụn đỏ, mụn phỏng. Bệnh có khả năng hay tái phát.

+ Điều trị: Tại mắt dùng thuốc chống chuyển hoá IDU (5 Iodo Deoxy Uridin). Chống bội nhiễm.

- Viêm giác mạc do virus Zona:

+ Bệnh nhân thường sốt, da mặt vùng nhánh mắt của dây thần kinh số chi phối thường mụn đỏ, nổi các nốt phỏng. Nốt phỏng không vượt qua đường ranh giới giữa trán. Mắt đau nhức, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, co quắp mi. giác mạc thâm lậu, có nốt phỏng. Khi nốt phỏng vỡ để lại vết loét nông trên giác mạc.

+ Điều trị: Kháng sinh nhóm tetracyclin tại mắt và toàn thân.

10. Mắt và một số bệnh dị ứng

10.1. Viêm kết mạc mùa xuân: Xem bài viêm kết mạc.

10.2. Viêm màng bồ đào dị ứng (bệnh Behcet):

- Đây là một bệnh toàn thân, với các biểu hiện lở loét tái phát ở da và niêm mạc cấp diễn. Có thể gây viêm các tĩnh mạch và viêm khớp. Bệnh thường xuất hiện trên người trẻ. Nam gặp nhiều hơn nữ. Có tiền sử bản thân hoặc gia đình có cơ địa dị ứng.

- Tại mắt: Có thể bị một hoặc cả hai mắt. Đau nhức mắt âm ỉ. Thị lực giảm sút khá nhanh do các môi trường trong suốt bị vẩn đục. Khám mắt thấy đồng tử co nhỏ, phản xạ mất, dính vào mặt trước thể thủy tinh. Có thể có dịch rỉ viêm bít tắc lỗ đồng tử. Đặc biệt hay có ngán mù trong tiền phòng, khoảng 3 - 4 mm, ít khi nhiều hơn.

- Xử trí: Có thể dùng corticoit tại chỗ và toàn thân. Tích cực điều trị các vết lở loét ở da và niêm mạc.

10.3. Nhãn viêm đồng cảm

Là bệnh viêm màng bồ đào rất nặng ở mắt lành, xuất hiện sau khi mắt kia bị chấn thương.

- Toàn thân: Nhức đầu, ù tai, chóng mặt, người mệt mỏi.

- Tại mắt: Có thể xuất hiện viêm màng bồ đào trước hoặc viêm màng bồ đào toàn bộ. Các dấu hiệu bệnh lý tại mắt thường tiến triển rất nhanh. Thị lực giảm sút nhanh chóng.

- Xử trí:

+ Vấn đề quan trọng nhất là phòng bệnh từ lúc chấn thương mắt: xử trí vết thương sớm, đúng kỹ thuật, đặc biệt chú ý đến khâu vô trùng.

+ Nếu thấy vết thương quá nặng, thị lực mất, không còn khả năng bảo tồn nhãn cầu. Cần có chỉ định khoét bỏ nhãn cầu sớm.

+ Điều trị: kháng sinh phối hợp liều cao. Corticoid tại chỗ và toàn thân. Chống dính đông tử. Tăng cường dinh dưỡng.

10.4. Hội chứng Stevens Johnson

- *Toàn thân*: biểu hiện rất rõ rệt: Loét trợt, nổi mẩn trên khắp bề mặt da cơ thể. Viêm loét niêm mạc miệng, niêm mạc sinh dục..

- *Tại mắt*: các triệu chứng tại mắt xuất hiện rất sớm:

+ Viêm kết mạc.

+ Viêm bờ mi.

+ Có khi xuất hiện cả viêm trợt giác mạc.

+ Có thể xuất hiện những di chứng như: dính mi - cầu, sẹo giác mạc, viêm mù túi lệ...

- *Xử trí*: Cần tra mắt các thuốc như acgyron 3%, vitamin A, mỡ cortison dự phòng sớm khi bệnh nhân có hội chứng ngoại bì trợt.

11. Mắt và một số bệnh ở xoang và răng

11.1. Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu

11.1.1. Viêm thị thần kinh nhãn cầu

- Viêm thị thần kinh nhãn cầu chủ yếu gặp ở người trẻ và trung niên. Có nhiều nguyên nhân, có thể do các bệnh nhiễm trùng toàn thân, có thể do nhiễm các vi rus có ái tính thần kinh. Do nhiễm độc tố, do các ổ viêm lân cận như viêm xoang, viêm quanh răng, sâu răng, do dị ứng...

- Bệnh xuất hiện khá đột ngột, với dấu hiệu đầu tiên là mờ mắt. Thị lực có thể giảm sút đột ngột. Sau đó xuất hiện thị trường thu hẹp, sắc giác bị ảnh hưởng.

- Khám mắt phân trước thường bình thường. Soi đáy mắt thấy gai thị cương tụ đỏ, phù nề, có thể lồi nhẹ. Hệ thống tĩnh mạch nở to, cương tụ. Có thể xuất huyết nhỏ ở cực sau, quanh tĩnh mạch.

11.1.2. Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu:

- Nguyên nhân cũng giống như viêm thị thần kinh nhãn cầu, nhưng triệu chứng lâm sàng có khác hơn. Đặc điểm lâm sàng là bệnh có thể xuất hiện cấp trong vòng vài ba giờ hoặc một hai ngày. Thị lực giảm sút nhanh, bệnh nhân có thể chỉ còn đếm được ngón tay hoặc thấy bóng bàn tay. Có thể đau nhức mắt từng cơn, chói sáng, vầng buồn nôn. Tuy các triệu chứng cơ năng có thể xuất hiện khá rõ rệt như vậy nhưng khi khám triệu chứng thực thể lại rất nghèo nàn.

- *Soi đáy mắt*: hầu như bình thường. Vì mạch máu không bị chèn ép. Vì vậy, có thể nói đây là bệnh mà “*bệnh nhân không nhìn thấy gì*” và “*thấy thuốc không nhìn thấy bệnh*”.

- *Xử trí*: cả hai bệnh trên có hướng xử trí như nhau:

+ Chống nhiễm khuẩn.

+ Tăng cường sức bền mao mạch: rutin, vitamin C, vitamin PP.

+ Tăng cường dinh dưỡng thị thần kinh: vitamin nhóm B.

- + Chống dị ứng và chống viêm không đặc hiệu: cortison.
- + Giãn mạch: divascol.
- + Phải tích cực tìm nguyên nhân để điều trị tận gốc.

11.2. Viêm màng bồ đào: xem bài viêm màng bồ đào.

11.3. Viêm tổ chức hổ mắt

- Bệnh xảy ra chủ yếu như là một biến chứng của nhiễm khuẩn các bộ phận lân cận như: Lẹo, mụn nhọt vùng mặt, viêm xoang, áp xe vùng răng miệng... Bệnh thường xảy ra ở một mắt.

- *Triệu chứng:*

- + Bệnh nhân thường có sốt, nhức đầu và vùng hốc mắt. Người mệt mỏi, ăn ngủ kém.
- + Mi phù nề, màu đỏ hoặc tím sẫm do sung huyết nhiều.
- + Lồi mắt không ấn thụt vào được. Mắt không liếc được, ấn vào đau nhức.
- + Kết mạc phù nề, có thể viêm giác mạc.
- + Có thể dây thần kinh thị giác và hạch mi cũng bị viêm, gây mờ hay mù mắt.
- + Bệnh có thể có biến chứng nặng hơn: Nhiễm trùng huyết, áp xe não...

- *Xử trí:*

- + Dùng kháng sinh phổ rộng phối hợp, liều cao.
- + Giảm đau.
- + Có thể trích dẫn lưu mủ.

11.4. Viêm bao Tenon

- Bao Tenon là một màng bọc nhãn cầu, sát tới cách vùng rìa Imm thì dừng lại. Bao còn bọc các cơ vận động nhãn cầu. Viêm bao Tenon xuất hiện khi cơ thể bị nhiễm trùng, nhiễm độc như sau khi cơ thể bị bệnh cúm, thấp, sởi, bạch hầu...

- *Triệu chứng:*

- + Viêm có thể bị một mắt hoặc hai mắt.
- + Thị lực thường không giảm sút, có khi nhìn một thành hai.
- + Đau nhức, tăng lên khi liếc mắt.
- + Mắt có thể lồi nhẹ.
- + Kết mạc nhãn cầu phù nề, hình gối, dừng lại sát rìa giác mạc.

- *Xử trí:*

- + Kháng sinh phối hợp liều cao.
- + Chườm nóng vài lần mỗi ngày, mỗi lần 10 - 15 phút.
- + Nếu có điều kiện cho chạy điện sóng ngắn.
- + Cần chú ý khám phát hiện các ổ viêm nhiễm để điều trị triệt để nguyên nhân.

Phần II

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH

PHƯƠNG PHÁP KHÁM MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được các bước khám mắt thuộc bán phần trước.
2. Thao tác được phương pháp khám mắt cho một bệnh nhân.

Nội dung

Khám mắt cũng như khám bệnh nói chung bao giờ cũng có 3 phần:

- Hỏi: Lý do đến khám, bệnh sử, tiền sử.
- Khám thực thể để phát hiện các tổn thương.
- Làm các xét nghiệm chức năng. Đo thị lực, thử kính, đo thị trường, đo nhãn áp.

1. Hỏi bệnh

1.1. Lý do đến khám

Bao giờ cũng phải hỏi lý do đến khám, biết được lý do thầy thuốc mới xác định được những việc cần làm để giúp cho chuẩn đoán bệnh nhanh nhất. Những lý do khiến bệnh nhân đến khám mắt thường là:

* Đau nhức mắt

- Đau nhức mắt + mở mắt + chói chảy nước mắt, sợ ánh sáng thường bệnh ở giác mạc.
- Đau nhức mắt + đau nửa đầu cùng bên mắt đau + mờ mắt thường là bệnh Glôcôm.
- Đau nhức mắt + đau âm ỉ + mở mắt thường là bệnh viêm màng bồ đào.
- Đau nhức sâu trong hố mắt, mắt không mờ thường do đau thần kinh trên hố.

* Mờ mắt

+ Mờ mắt từ từ không đau nhức ở bệnh nhân tuổi > 40 tuổi thường do các bệnh: Lão thị, Glôcôm đơn thuần, đục TTT tuổi già.

+ Mờ mắt nhanh chóng có thể do các bệnh ở đáy mắt: Viêm gai thị cấp viêm hắc võng mạc trung tâm, bong võng mạc...

* Chảy nước mắt

Thường xuyên thường là tắc lệ đạo, ở trẻ nhỏ thường viêm mũ túi lệ.

* Chấn thương

+ Que chọc vào mắt...

+ Quả cầu lông bắn vào mắt...

+ Bỏng mắt do vôi, axit...

* *Sưng ở mi*

Kèm theo đau mắt thường do lẹo.

1.2. Bệnh sử

- Bệnh bắt đầu từ bao giờ, trong điều kiện hoàn cảnh nào (tự nhiên hay có yếu tố nào tác động vào).

- Bệnh nhân khởi đầu từ từ hay đột ngột ?

- Ngoài mắt còn có biểu hiện gì ở các bộ phận khác (toàn thân: Có buồn nôn, nôn...)?

- Đã được điều trị thuốc gì? Ở đâu?

- Hiện tại triệu chứng gì nổi bật?

1.3. Tiền sử

- Đã có lần nào bệnh xuất hiện giống lần này? Thời gian nào? Đã được điều trị chưa? Ở đâu? Thuốc gì?

- Các bệnh toàn thân có liên quan: đái đường, cao huyết áp lao, thấp khớp, các bệnh tai mũi họng, răng hàm mặt, da liễu...

- Trong gia đình có ai mắc bệnh như bệnh nhân, nhất là các bệnh có yếu tố gia đình như: Bệnh Glôcôm, thoái hoá võng mạc sắc tố.

2. Khám thực thể

Trong bài này chỉ trình bày cách khám bán phần trước và các bộ phận bảo vệ nhãn cầu giúp các bác sĩ đa khoa có được một số kiến thức cơ bản để có thể khám, chẩn đoán các bệnh mắt thuộc bán phần trước và có hướng xử lý cho bệnh nhân.

2.1. Dụng cụ và phương tiện cần thiết

- Có hộp bông vô khuẩn.

- Hộp dụng cụ gồm: Vành mi, panh, kéo.

- Đèn pin, máy soi đáy mắt.

- Một lọ cồn 90° hoặc 70° để sát trùng tay.

- Thuốc: Cần có các loại dd clorocid, dicain 1%, pilocapin 1%, atropin 1%.

2.2. Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân ngồi đối diện và thấp hơn thầy thuốc một chút, chân bệnh nhân và chân thầy thuốc để gần song song.

Nói chung sau khi đã hỏi lý do, bệnh sử, tiền sử, ta nghĩ đến bệnh gì thì khám cụ thể vào bộ phận đó trước để có được chẩn đoán nhanh chóng. Tất nhiên sau đó phải khám toàn diện để phát hiện các bệnh kèm theo. Dưới đây sẽ trình bày cách khám tuần tự các bộ phận từ trước ra sau.

* *Khám mi mắt*

Mi sưng cục bộ có đau thường là lẹo, không đau thường là chấy. Nếu phù cả hai mi phải cho khám nội khoa phát hiện bệnh nội khoa.

- Mi có bị quặm không? Có bị viêm bờ mi không.
- Có khối u mi thì phải xác định vị trí, kích thước u mềm hay rắn.
- Có sụp mi không? Nếu sụp thì bệnh nhân không thể mở mắt được do liệt dây III.
- Hở mi: Mắt nhắm không kín do liệt dây VII ngoại biên.
- Dính mi cầu gặp biến chứng sau bỏng mắt.

* *Khám lệ bộ*

- Chảy nước mắt thường xuyên là do tắc lệ đạo. Muốn chẩn đoán xác định phải bơm thăm dò nếu nước trào ra là tắc lệ đạo.

- Ấn vào góc trong mắt vùng túi lệ có mủ chảy ra là viêm mủ túi lệ.

* *Khám kết mạc*

Kết mạc gồm 3 phần: Kết mạc mi, kết mạc nhãn cầu, kết mạc cùng đồ.

- Khám kết mạc mi dưới và kết mạc cùng đồ dưới: Bảo bệnh nhân nhìn thẳng dùng ngón tay cái vén mi dưới nhẹ nhàng sẽ quan sát thấy kết mạc mi dưới, bảo bệnh nhân nhìn lên tối đa sẽ quan sát được kết mạc cùng đồ dưới.

- Muốn xem kết mạc sụn mi trên ta bảo bệnh nhân nhìn xuống. Thầy thuốc phải dùng ngón tay chỗ và cái để lật mi (bệnh nhân nhìn xuống, ta đặt ngón trỏ lên mi sát với thành trên hố mắt, ngón cái cầm da mi vén lên ta sẽ lộn được mi ra ngoài) và quan sát xem kết mạc mi có thâm lậu không, có hột không.

- Muốn xem toàn bộ kết mạc nhãn cầu ta dùng 2 ngón tay cái và chỗ vành 2 mi ta sẽ quan sát được toàn bộ kết mạc nhãn cầu.

Khám kết mạc chú ý xem kết mạc có phù không, có sung huyết không, có cương tụ không, có tiết tố không, có dị vật không, có rách không nếu do sang chấn.

* *Khám giác mạc*

- Giác mạc có trong suốt? Có thâm lậu đục? Viêm giác mạc? Viêm loét giác mạc?

- Tra dd fluorescein 1% để phát hiện các tổn thương trên giác mạc: Xước giác mạc, viêm loét giác mạc (Cách nhuộm: Tra 1 - 2 giọt dd fluorescein 1% vào mắt bảo bệnh nhân chớp mắt cho thuốc lắng đều trên giác mạc, sau đó dùng dd clorocid 0,4% rửa sạch mắt và thấm khô bằng bông). Quan sát nếu giác mạc có bắt màu xanh lục ta ghi fluorescein (+).

- Cảm giác giác mạc: Dùng bông chấm lên giác mạc, nếu còn cảm giác thì 2 mi mắt nhắm lại.

- Nếu chấn thương phải xem giác mạc có bị rách không? Ở vị trí nào? Có phôi kẹt mống mắt và các tổ chức nội nhãn không?

** Khám tiền phòng*

- Tiền phòng bình thường hay không. Tiền phòng nông thường gặp trong bệnh glôcôm góc đóng, vết thương xuyên thủng giác mạc.
- Tiền phòng sâu hay gặp do bệnh viêm màng bồ đào, lệch thủy tinh thể.
- Tiền phòng có máu thường do sang chấn, do biến chứng viêm màng bồ đào.
- Tiền phòng có mũ gặp trong viêm màng bồ đào, viêm loét giác mạc.

** Khám móng mắt*

- Móng mắt cương tụ gặp trong viêm móng mắt thể mi. Móng mắt bạc màu gặp trong bệnh Glôcôm.
- Rách móng mắt, rách chân móng mắt do chấn thương.
- Rung rinh móng mắt do lệch thủy tinh thể.
- Móng mắt dính không ? Có sắc tố không?

** Khám phản xạ đồng tử*

- Phản xạ ánh sáng trực tiếp: Chiếu đèn vào mắt, đồng tử mắt đó co lại, bỏ đèn đồng tử lại giãn ra. Sự co giãn đồng tử gọi là phản xạ đồng tử. Nếu chiếu đèn vào và bỏ đèn đồng tử vẫn không thay đổi tức là phản xạ (-). Phản xạ (-) gặp ở bệnh nhân mù hắc, Bệnh glôcôm, bệnh viêm móng mắt thể mi đồng tử co ít, sau tra atropin.
- Phản xạ đồng cảm: Chiếu đèn vào mắt này thì đồng tử mắt kia co lại.

** Khám thủy tinh thể*

- Thủy tinh thể đục không? Đục hoàn toàn hay chưa đục hoàn toàn, tìm vị trí đục (dùng ánh sáng chéo và máy soi đáy mắt để khám).
- Nếu chấn thương xem thủy tinh thể có bị vỡ không, có lệch không.

PHƯƠNG PHÁP THỬ THỊ LỰC

Mục tiêu

1. Trình bày được phương pháp thử thị lực.
2. Thao tác được các bước thử thị lực.

Nội dung

1. Mở đầu

Thị lực là khả năng của mắt nhận biết rõ các chi tiết. Hay nói cách khác, thị lực là khả năng của mắt nhận thức riêng biệt 2 điểm ở gần nhau.

- Thị lực giảm là một triệu chứng của nhiều bệnh tại mắt. Thử thị lực là một xét nghiệm quan trọng nhất trong khi khám mắt.

- Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới có khoảng 41 đến 52 triệu người bị mù hoặc tổn hại thị giác trên thế giới, trong đó 90% ở các nước đang phát triển và 80% bị mù do các bệnh mắt có thể chữa và phòng được.

- Tại Việt Nam: Năm 1996, theo điều tra của viện Mắt về dịch tễ học mù loà và một số bệnh về mắt ở 13 tỉnh đại diện cho 8 vùng sinh thái ở cả nước cho thấy: Tỷ lệ mù một mắt là 1,18%, mù hai mắt là 1,25%. Tỷ lệ người có thị lực thấp là 5,8%. Kết quả nghiên cứu trên ta thấy: tỷ lệ mù loà ở nước ta cao so với các nước trên thế giới và phần lớn nguyên nhân gây mù loà do các bệnh có thể chữa được và phòng được.

- Đứng trước một trường hợp bị mờ mắt cần thăm khám có hệ thống để tìm ra nguyên nhân và điều trị cho bệnh nhân. Việc đầu tiên phải làm chính là việc phải thử thị lực cho người bệnh để xem có giảm thị lực không và nếu có giảm thì ở mức độ nào.

2. Phương pháp thử thị lực

2.1. Nguyên tắc thử thị lực

- Bệnh nhân ngồi cách bảng thị lực 5 m (nếu ở cơ sở không có phòng đủ rộng có thể dùng gương phản chiếu ở khoảng cách 2,5 m).

- Độ chiếu sáng của bảng thị lực là 100 lux (tương đương độ chiếu sáng của bóng đèn 100 W).

- Nếu thử trong buồng tối phải để bệnh nhân thích nghi khoảng 10 - 15 phút

- Phải thử thị lực lần lượt từng mắt một, khi thử mắt nọ phải bịt mắt kia.

2.2. Một số loại bảng thị lực thường dùng

- Bảng thị lực bằng chữ số, bằng chữ cái (bảng Monoyer).
- Bảng thị lực chữ E (bảng Snellen).
- Bảng thị lực hình để dùng cho trẻ em (bảng Rossano, bảng Weiss).
- Bảng thị lực vòng hở (bảng Landolt): Là bảng thông dụng nhất, dùng được cho mọi đối tượng.

2.3. Phương pháp thử thị lực

2.3.1. Đối tượng thử thị lực

- Tất cả các bệnh nhân đến khám mắt
- Tất cả các đối tượng khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe lái xe, đi học tập và lao động ở trong và ngoài nước...

2.3.2. Cách thử thị lực

- Giải thích cho bệnh nhân và hướng dẫn bệnh nhân ngồi đúng tư thế.
- Thử thị lực cho bệnh nhân:
 - + Thử bằng bảng thị lực: Thử thị lực từng mắt một, lần lượt cho bệnh nhân đọc từng hàng chữ từ trên xuống dưới. Khi nào không đọc được nữa thì dừng lại, ghi kết quả thị lực tương ứng với hàng trên. Ví dụ:

MP: Đọc được hàng chữ to nhất (tương ứng 1/10).
 Đọc được hàng chữ thứ hai (tương ứng 2/10).
 Đọc được hàng chữ thứ ba (tương ứng 3/10).
 Không đọc được hàng chữ thứ tư (tương ứng 4/10).

Ghi kết quả: MP thị lực 3/10.

Hoặc yêu cầu bệnh nhân đọc hàng chữ hoặc số nhỏ nhất mà có thể thấy rõ. Nếu bệnh nhân đọc được toàn bộ hàng "X" thì ghi thị lực là X/10 (ví dụ đọc được hàng Thứ 7 thì ghi thị lực là 7/10).

- + Nếu thị lực bệnh nhân giảm đến mức không nhìn thấy chữ nào trên bảng thị lực, cho bệnh nhân đếm ngón tay. Ghi khoảng cách bệnh nhân đếm ngón tay đúng xa nhất lại. Ví dụ: MP thị lực ĐNT 4 m...

Thị lực ĐNT 5 m tương đương 1/10.

Thị lực ĐNT 2,5 m tương đương 1/20.

Thị lực ĐNT 1 m tương đương 1/50.

- + Nếu không đếm được ngón tay, dùng bàn tay khua trước mắt bệnh nhân ở khoảng cách 15 - 20 cm. Nếu bệnh nhân thấy, ghi kết quả: BBT 20 cm.

- + Nếu không nhận biết được BBT, dùng đèn chiếu trực tiếp vào mắt bệnh nhân.

Nếu bệnh nhân nhận biết được, ghi kết quả: ST (+).

Nếu bệnh nhân không nhận biết được, ghi kết quả: ST (-). Thị lực ST(-) là chức năng thị giác mất hoàn toàn, không còn khả năng cứu chữa.

2.3.3. *Đánh giá mức độ thị lực của bệnh nhân*

Đánh giá mức độ thị lực theo phân loại của tổ chức Y tế Thế giới:

- + Thị lực > 7/10 : Bình thường
- + Thị lực > 3/10 - 7/10 : Giảm
- + Thị lực ĐNT 3 m - 3/10 : Giảm nhiều
- + Thị lực < ĐNT 3 m : Mù

2.3.4. *Ghi kết quả thị lực của bệnh nhân*

- Cách ghi kết quả:

+ Ghi rõ mắt phải hay trái, viết tắt bằng chữ in: Ví dụ: MP; MT.

+ Ghi kết quả thị lực: Ví dụ: TL: MP 2/10

MT 10/10

2.3.5. *Thông báo kết quả thử thị lực cho bệnh nhân*

Thông báo kết quả thử thị lực cho bệnh nhân biết, cần nói rõ ràng, cụ thể, dễ hiểu.

2.3.6. *Giải thích cho bệnh nhân:*

- Mức độ thị lực như vậy là bình thường hay có giảm thị lực.

- Nếu có giảm thị lực, hướng dẫn bệnh nhân khám mắt để phát hiện nguyên nhân gây giảm thị lực.

PHƯƠNG PHÁP THỬ KÍNH

Mục tiêu

1. Trình bày được phương pháp thử kính.
2. Thao tác được các bước thử kính cận thị và viễn thị.

Nội dung

1. Mở đầu

- Hiện nay, trên thế giới có khoảng 40 triệu người mù và khoảng 110 triệu người bị giảm thị lực ở các mức độ khác nhau trong đó tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính.

- Tỷ lệ cận thị ở học sinh phổ thông nước ta ngày càng tăng, hiện ở mức tương đối cao khoảng 10 - 20%, tương đương với một số nước châu Á khác (Trung Quốc, Triều Tiên, Thái Lan, Mông Cổ...).

- Trong các phương pháp điều trị tật khúc xạ, phương pháp thử kính và cho đeo kính đúng số vẫn là phương pháp được áp dụng rộng rãi nhất vì dễ thực hiện, rẻ tiền, an toàn và hiệu quả. Đây là phương pháp cần được thực hiện *thành thạo ngay ở tuyến cơ sở*.

- Tật khúc xạ gồm có: cận thị, viễn thị, loạn thị. Trong đó cận thị, viễn thị gọi là tật khúc xạ hình cầu (khúc xạ ở mọi kinh tuyến như nhau), loạn thị gọi là tật khúc xạ không hình cầu (khúc xạ không giống nhau ở các kinh tuyến). Do thử kính loạn thị rất phức tạp và khó áp dụng ở tuyến cơ sở nên ở đây, chúng ta chỉ học phương pháp thử kính cận thị và viễn thị.

- Có 2 phương pháp thử kính cận thị và viễn thị:

+ Phương pháp chủ quan (Don des): Phương pháp này đơn giản, thuận tiện vì chỉ cần một hộp kính và một bảng thị lực. Tuy nhiên chỉ dựa vào chủ quan của bệnh nhân nên còn chưa thật chính xác, do không loại trừ được sự điều tiết của mắt. Phương pháp này thường được dùng ở tuyến cơ sở.

+ Phương pháp khách quan:

* Soi bóng đồng tử (Streak retinoscopy): Người đo có thể xác định chính xác tình trạng khúc xạ của mắt. Phương pháp này đòi hỏi phương tiện và điều kiện phức tạp hơn nên ít được áp dụng.

* Đo khúc xạ tự động (Autorefrato meter): Là một phương pháp khách quan chính xác để chẩn đoán tật khúc xạ. Nhưng vì máy đắt tiền nên còn chưa được sử dụng rộng rãi.

2. Phương pháp thử kính (phương pháp Don des)

2.1. Nguyên tắc thử kính

- Bệnh nhân ngồi cách bảng thị lực 5 m.
- Độ chiếu sáng của bảng thị lực là 100 lux.
- Nếu thử trong buồng tối phải để bệnh nhân thích nghi khoảng 10 - 15 phút.
- Phải thử kính lần lượt từng mắt một, khi thử mắt nọ phải bịt mắt kia. Sau đó mới cho thử kính 2 mắt.

2.2. Phương pháp thử kính và chọn kính

- Đối tượng thử kính: Những trường hợp thị lực từ 7/10 trở xuống, thử kính lỗ cho bệnh nhân thấy thị lực tăng (thường tăng 3/10 trở lên mới có giá trị), ta có thể nghĩ đến thị lực giảm do tật khúc xạ và cần thử kính cho bệnh nhân.

- Cách thử: Cho thử lần lượt từ số kính nhỏ nhất, đến số kính lớn nhất đạt thị lực cao nhất. Thử tiếp đến khi ở số kính tiếp theo mà thị lực giảm đi, dừng lại để chọn kính và ghi đơn kính. Các số kính thường chênh nhau 0,25 - 0,5 điốp. Kính hội tụ được quy định đánh dấu (+), kính phân kỳ (-).

Ví dụ: Bệnh nhân A có thị lực 2 mắt là 5/10.

+ Bước 1: Cho bệnh nhân thử kính lỗ thị lực tăng được đến 10/10.

+ Bước 2: Hỏi xem bệnh nhân nhìn gần rõ hơn hay cả nhìn xa và gần đều không rõ. Nếu nhìn gần rõ hơn thường là bị cận thị. Ta nên thử kính phân kỳ trước, nếu qua kính phân kỳ thị lực không tăng ta chuyển thử kính hội tụ. Nếu cả hai loại kính trên thị lực không tăng thì phải cho thử kính loạn thị.

+ Bước 3:

* Bệnh nhân thử kính phân kỳ, cho thử lần lượt từng số kính, kết quả:

- 0,25 điốp	thị lực = 5/10
- 0,50 điốp	thị lực = 7/10
- 0,75 điốp	thị lực = 10/10
- 1,00 điốp	thị lực = 10/10
- 1,25 điốp	thị lực = 8/10

Ta chọn số kính cận thị cho bệnh nhân theo nguyên tắc chọn số kính phân kỳ thấp nhất đạt thị lực cao nhất: Chọn số kính - 0,75 điốp.

* Bệnh nhân thử kính hội tụ: cho thử lần lượt từng số kính, kết quả:

+ 0,25 điốp	thị lực = 5/10
+ 0,50 điốp	thị lực = 7/10
+ 0,75 điốp	thị lực = 10/10
+ 1,00 điốp	thị lực = 10/10
+ 1,25 điốp	thị lực = 8/10

Ta chọn số kính viễn thị cho bệnh nhân theo nguyên tắc chọn số kính hội tụ cao nhất đạt thị lực cao nhất: Chọn số kính + 1,00 điốp.

+ Bước 4: Sau khi thử kính xong, ta chọn số kính phù hợp cho vào gọng kính để bệnh nhân đeo trong thời gian 30 phút. Nếu nhìn rõ không có biểu hiện choáng váng, chóng mặt thì đó là số kính phù hợp, ta ghi đơn kính cho bệnh nhân. Kính đeo giữa hai mắt độ chênh lệch khúc xạ không quá 3 điốp, nên cho mắt nhẹ đủ số kính, mắt nặng hơn giảm số kính.

- Chú ý: Thử kính đọc sách (kính lão) cho những người cao tuổi, thường từ 40 tuổi trở lên. Cho bệnh nhân thử kính hội tụ từ số nhỏ nhất đến số phù hợp nhất để nhìn rõ chữ nhỏ bình thường ở khoảng cách 30 - 35 cm. Sau khi chọn kính cho từng mắt, ta cho kính vào gọng để bệnh nhân đeo trong thời gian 30 phút không có biểu hiện choáng váng, chóng mặt thì kính đó là phù hợp, ta ghi đơn kính cho bệnh nhân.

PHƯƠNG PHÁP ĐO NHÃN ÁP

Mục tiêu

1. Trình bày được phương pháp đo nhãn áp.
2. Thao tác được các bước đo nhãn áp.

Nội dung

1. Khái niệm về nhãn áp

Nhãn áp là áp lực của chất lỏng trong nhãn cầu tác động lên củng mạc và giác mạc. Theo định luật chung về áp lực các chất lỏng thì áp lực tác động lên thành nhãn cầu mọi phía như nhau.

2. Nhãn áp bình thường

Nhãn áp bình thường 19 ± 5 mmHg (14 mmHg - 24 mmHg). Nhãn áp trên 24 mmHg là nhãn áp cao. Nhãn áp giữa hai mắt (trong cùng thời điểm đo) không chênh nhau quá 5 mmHg. Nhãn áp giữa buổi sáng và buổi chiều ở một mắt cũng không chênh nhau quá 5 mmHg.

3. Vai trò sinh lý của nhãn áp

- Nhãn áp giúp cho nhãn cầu có hình dạng nhất định để đảm bảo chức năng quang học của mắt.

- Nhãn áp giữ cho sự thăng bằng tuần hoàn của nhãn cầu, để đảm bảo dinh dưỡng cho bên trong nhãn cầu. Rối loạn nhãn áp dẫn đến rối loạn chức năng thị giác.

Nhãn áp chịu sự ảnh hưởng của độ đứng củng mạc. Khối lượng tuần hoàn mạch mạc, dịch kính và vai trò chi phối của thần kinh, đặc biệt sự lưu thông thủy dịch giữ vai trò chủ yếu trong điều hoà nhãn áp.

Goldmann đã đưa ra công thức nói lên sự liên quan giữa nhãn áp và các yếu tố chi phối:

$$P_o = D.R + P_v$$

P_o : Nhãn áp.

P_v : Áp lực tĩnh mạch.

D: Lưu lượng thủy dịch trong một đơn vị thời gian.

R: Trở lưu (sức cản) ở góc tiền phòng.

4. Phương pháp đo

Có nhiều phương pháp đo nhãn áp ở đây chỉ giới thiệu 2 phương pháp thông dụng nhất.

4.1. Phương pháp ước lượng sơ bộ bằng tay

- Phương pháp này đơn giản, Tiến hành nhanh chóng nhưng nó chỉ cho biết mắt căng hay mềm và chỉ xác định được chính xác khi nhãn áp cao, thấp rõ rệt. Tuy nhiên với kinh nghiệm lâu năm phương pháp này giúp thầy thuốc có thể chẩn đoán bệnh trong điều kiện không có đủ phương tiện đo nhãn áp.

- Cách đo: Bảo bệnh nhân nhìn xuống, Thầy thuốc dùng hai ngón tay trở đặt lên trên ngay sát với thành trên hố mắt. Hai ngón tay thay nhau ấn qua mi vào nhãn cầu, chú ý xem cảm giác nhãn cầu tác động vào đầu ngón tay căng hay mềm hay bình thường.

4.2. Phương pháp đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maclakov

+ Chuẩn bị hộp dụng cụ gồm có:

- 1 quả cân 10 g.
- 1 cán cân cầm tay.
- 1 thước đo mica (cho quả cân 10 g).
- 1 hộp mực in (được pha chế từ protalgol + glycerol).

+ Chuẩn bị phương tiện: DD clorocid 0,4%; DD dicain 1% cồn 90^o, bông khô, hộp đựng dụng cụ nhãn áp (nêu trên).

+ Tiến hành:

- Bệnh nhân nằm trên bàn, thầy thuốc giải thích những điều cần thiết để bệnh nhân an tâm và cùng phối hợp với thầy thuốc.

- Tra DD dicain 1% để gây tê kết giác mạc, tra 2 lần cách nhau 3 phút, mỗi lần 2 giọt.

- Lấy cồn 90^o lau sạch quả cân rồi mắc vào tay cầm, tẩm mực in vào hai đầu quả cân thật đều.

- Cố định mắt bệnh nhân: bệnh nhân mở hai mắt cùng nhìn vào một ngón tay để cách mắt khoảng 35 cm, chỉnh sao cho giác mạc nằm chính giữa khe mắt.

- Thầy thuốc dùng ngón tay trở và giữa vành hai mi bệnh nhân để mở rộng khe mi (không được đè vào nhãn cầu). Tay phải cầm cán cân bằng hai ngón tay cái và chỏ, các ngón tay khác làm điểm tựa trên trán, từ từ đặt quả cân lên giác mạc và đưa nhẹ cán cân xuống đến 2/3 chiều dài cán cân thì nhấc nhanh quả cân ra khỏi mắt.

- Lấy bông tẩm cồn 90^o bôi vào giấy chỗ định in dấu nhãn áp.

- In dấu nhãn áp lên giấy, dấu ấn tròn đều bờ rõ và ở chính giữa là một dấu ấn đạt yêu cầu.

- Sau khi đo xong phải tra DD clorocid 0,4% để rửa mắt cho bệnh nhân. Dùng thước mica để đo dấu ấn. Nhãn áp đo được nó thể hiện trên thước đo đã được tính sẵn.

PHƯƠNG PHÁP ĐO THỊ TRƯỜNG ƯỚC LƯỢNG

Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa thị trường và giới hạn thị trường bình thường.
2. Thao tác được đo thị trường bằng phương pháp ước lượng.

Nội dung

1. Định nghĩa

Thị trường là một khoảng không gian mà mắt quan sát tới khi nhìn cố định vào một điểm. Hay nói cách khác khi nhìn cố định vào một vật, mắt vẫn nhìn rõ vật này nhưng đồng thời còn nhìn thấy các vật khác tuy không rõ.

2. Mục đích của đo thị trường

- Đo thị trường để biết được tình trạng võng mạc, đánh giá được chức năng của võng mạc và các đường thị giác tới trung tâm não.

- Thị trường ở người bình thường:

+ Phía thái dương: 90° - 95°

+ Phía mũi 60°

+ Phía trên 50° - 60°

+ Phía dưới 70°

3. Phương pháp so sánh thị trường của bệnh nhân với thị trường thầy thuốc

3.1. Tư thế

Bệnh nhân có thể ngồi hoặc đứng quay lưng ra ánh sáng, cách thầy thuốc 1 m.

3.2. Cách khám

+ Khám mắt phải thì bảo bệnh nhân dùng tay trái tự che mắt trái. Thầy thuốc nhắm mắt phải và dùng mắt trái nhìn cố định vào mắt phải của bệnh nhân, như vậy thị trường của hai mắt được chập vào nhau.

+ Thầy thuốc cử động ngón trỏ tay trái để ở danh giới thị trường của mình về phía thái dương, sau đó dùng ngón trỏ của tay phải để ở danh giới thị trường về phía mũi. Cuối cùng thầy thuốc cử động cả hai ngón tay cùng một lúc ở phía thái dương và phía mũi đồng thời hỏi bệnh nhân có thấy hai ngón tay cùng một lúc không.

- Kết quả của phương pháp này chỉ cho ta biết sơ bộ thị trường có thu hẹp hơn bình thường hay không bình thường.

- Ưu điểm của phương pháp này: Nhanh, dễ thực hiện, có thể áp dụng cho các cơ sở phòng khám chưa có đủ điều kiện để đo thị trường bằng các phương pháp hiện đại hơn.

CHẮP - LỆO

Mục tiêu

1. Trình bày được triệu chứng chắp, lệo và cách xử trí.
2. Thao tác được các bước khám chắp, lệo.

Nội dung

1. Chắp

* *Nguyên nhân*: do viêm tuyến meibomius của sụn mi.

+ Dấu hiệu giúp ta chẩn đoán:

- Cảm thấy vướng ở mi chớp mắt khó.

- Khám thấy: ở mi xuất hiện một u nhỏ, có thể bằng hạt đậu, hạt ngô, sờ nắn thấy chắc, không đau. Vùng sụn không đỏ, Nếu lật mi lên sẽ thấy đối diện với vùng sụn có màu xám. Chắp không dính vào da mi.

* *Tiến triển*:

Chắp không bao giờ gây ung thư hoá. Khi mới xuất hiện nó nhỏ và tiến triển chậm. Có thể giữ nguyên kích thước trong vài năm, có thể teo nhỏ đi nhưng cũng có khi phát triển to lên gây mù tạo thành chắp bội nhiễm, trên lâm sàng ngoài các triệu chứng trên ta còn thấy thêm: Sụn nóng, đỏ, đau..

* *Xử trí*

Chắp nhỏ không gây cảm giác khó chịu thì để nguyên, khuyên bệnh nhân day, xoa hàng ngày để tự khỏi (dùng ngón trỏ day trên da mi có chắp).

- Chắp to gửi đến cơ sở chuyên khoa để trích chắp.

2. Lệo

* *Nguyên nhân*: Lệo là một áp xe của tuyến bờ mi (zeiss).

* *Dấu hiệu chẩn đoán*:

- Bệnh nhân thấy mi sưng, đau nhức ở một vùng trên mi, sờ thấy nóng.

- Kết mạc nhãn cầu, mi phù nề, cương tụ, có khi phòi ra ngoài khe mi, mắt nhắm không kín, da mi vùng viêm tấy đỏ, tùy theo lệo to, nhỏ mà mức độ phù nề, tấy đỏ nhiều hay ít. Khoảng 3 ngày sau thấy rõ điểm mũ trắng, khi mũ thoát ra khỏi bờ mi thì các triệu chứng đau nhức giảm, lệo hay tái phát, có khi mọc thành chuỗi dọc bờ mi.

** Xử trí:*

- Lẹo mới xuất hiện nên chườm nóng ngày 4 - 5 lần, mỗi lần khoảng 15 phút.
- Lẹo sưng to nên dùng kháng sinh uống cho lẹo thu gọn lại.
- Lẹo có mũ khu trú thì gửi tới cơ sở có chuyên khoa để chích. Nếu lẹo tự vỡ nên chích nạo hết chất nhân để phòng lẹo tái phát.

Chú ý: Phương pháp chích cháp, chích lẹo sinh viên sẽ được hướng dẫn và kiến tập trên bệnh nhân.

MỘNG THỊT

Mục tiêu

1. Trình bày được triệu chứng, phân độ mộng và cách xử trí.
2. Thao tác được các bước khám và chẩn đoán được mộng trên bệnh nhân

Nội dung

1. Khái niệm mộng

- Mộng là một tổ chức tân tạo (được coi như là một u lành) nó nằm phía dưới kết mạc, phía trên củng mạc, bò qua vùng rìa vào giác mạc. Mộng xuất hiện ở góc trong hoặc ngoài của khoé mắt. Có trường hợp xuất hiện ở cả hai góc tương ứng với khe mí.

- Cấu tạo: Mộng gồm hai phần thân mộng và đầu mộng. Thân mộng xoè hình cánh quạt quay về góc mắt. đầu mộng bò qua vùng rìa vào giác mạc, mộng bò vào sâu làm thị lực giảm có khi mù.

2. Nguyên nhân

Cho đến nay nguyên nhân gây nên mộng chưa được khẳng định. Người ta nghĩ nhiều đến sự rối loạn dinh dưỡng ở kết mạc hoặc rìa giác mạc do quá trình viêm nhiễm mãn tính. Trong quá trình nghiên cứu người ta thấy ở vùng nhiệt đới, nơi có nhiều ánh sáng mặt trời, gió bụi nhiều thì tỷ lệ mắc mộng thịt cao.

3. Chẩn đoán

3.1. Phân loại mộng

Trên lâm sàng người ta chia mộng làm 2 loại:

+ Mộng giả: Là mộng xuất hiện sau một sang chấn vào mắt, mộng có thể xuất hiện bất kỳ ở vị trí nào trên kết mạc, bò qua vùng rìa vào giác mạc bao phủ phần tổn thương trên giác mạc.

+ Mộng thật có hai loại:

- Mộng tiến triển: Thân mộng dày nhiều mạch máu. đầu mộng bám vào giác mạc nham nhỡ, có những chấm, đám thâm lậu đi phía trước. Mạch máu bò sát đầu mộng, loại mộng này sau mổ tái phát khoảng 40 - 60 %.

- Mộng xơ (mộng không tiến triển): Thân mộng mỏng, ít mạch máu. Đầu mộng bám vào giác mạc thường gọn, ít mạch máu. Loại mộng này tiến triển chậm sau mổ ít tái phát.

3.2. Chẩn đoán độ mộng

Cần chẩn đoán độ mộng để có chỉ định phẫu thuật.

- Độ 1: Mộng bò vào giác mạc < 2 mm.
- Độ 2: Mộng bò vào giác mạc từ 2 - 4 mm.
- Độ 3: Mộng bò vào giác mạc > 4 mm.

4. Xử lý

Không có thuốc nào có thể làm tan mộng. Điều trị mộng chỉ có cách duy nhất là cắt bỏ mộng, khi nó bò vào giác mạc làm giảm thị lực. Mộng độ I chưa có chỉ định mổ nên tra các loại thuốc có cortison để làm chậm sự tiến triển của mộng như DD hydrocortison, mỡ clorocid - H. Mộng độ II độ III có chỉ định phẫu thuật tại cơ sở có chuyên khoa mắt.

* Phương pháp phẫu thuật sinh viên sẽ được kiến tập trên bệnh nhân.

QUẠM

Mục tiêu

1. Trình bày được cơ chế sinh quặm do biến chứng bệnh mắt hột và phân độ quặm.
2. Trình bày được cách xử trí quặm, ưu nhược điểm của các phương pháp mổ quặm.
3. Thao tác được các bước khám và chẩn đoán được quặm trên bệnh nhân.

Nội dung

Quặm là hiện tượng bờ mi và lông mi cụp vào trong, quét lên kết mạc và giác mạc.

1. Nguyên nhân

- Quặm do biến chứng của bệnh mắt hột hay gặp nhất.
- Quặm bẩm sinh.
- Quặm do chấn thương...

2. Cơ chế sinh ra quặm: (Xem bài bệnh mắt hột)

3. Phân độ quặm

Quặm được chia làm 4 độ (trên lâm sàng người ta dựa vào lông mi, bờ mi và sụn mi để phân chia độ quặm).

- Độ I: Có vài lông xiêu, bờ mi bình thường, sụn mi chưa dày.
- Độ II: Có lông quặm, bờ mi cụp một phần hay toàn bộ, bờ sau bị bào mòn một phần, sụn mi dày sờ nhìn thấy.
- Độ III: Lông quặm từng bó lộn xộn (có khi lông mi trụi hết), bờ mi cụp toàn bộ, bờ sau bị bào mòn (lẹm tròn) sụn mi dày nhìn thấy gồ lên qua làn da mi.
- Độ IV: Lông mi, sụn mi giống độ III, bờ mi biến dạng, hẹp khe mi cạn cùng đồ nên mắt nhắm không kín (độ IV thường là quặm tái phát).

4. Xử trí quặm

- Quặm độ I chưa có chỉ định phẫu thuật, có thể đốt chân lông mi bằng kim điện để lông mi không mọc trở lại.
- Quặm II, III và IV có chỉ định phẫu thuật.
- Có nhiều phương pháp mổ quặm để kéo bờ mi vênh ra ngoài, nhưng có hai phương pháp được áp dụng rộng rãi nhất là phương pháp Panas và Cuenod - Nataf.

4.1. Phương pháp Panas

Chỉ định: Cho những trường hợp có độ quặm cao (III, IV) trên bệnh nhân cao tuổi.

- Ưu điểm phương pháp này là:

- Đạt độ vĩnh tối đa.

- Kỹ thuật đơn giản: thời gian phẫu thuật nhanh nên có thể áp dụng để mổ quặm hàng loạt ở tuyến xã.

- Nhược điểm: Phương pháp này có nhiều nhược điểm:

- Chảy máu nhiều trong khi làm phẫu thuật, phù nề lâu ở thời kỳ hậu phẫu.

- Có thể gây nên sẹo sụn hoặc mảng thịt thừa do khi buộc chỉ mép mổ không khít.

- Về mỹ quan phương pháp này không được đẹp vì nó phù nề lâu và dày bờ mi.

4.2. Phương pháp Cuenod - Nataf

Chỉ định cho những trường hợp quặm độ II trên bệnh nhân trẻ.

- Ưu điểm:

- Ít chảy máu trong khi làm phẫu thuật, ít phù nề ở thời kỳ hậu phẫu.

- Không gây sẹo sụn và mảng thịt thừa.

- Về mặt mỹ quan phương pháp này đẹp hơn phương pháp Panas.

- Nhược điểm:

- Không đạt độ vĩnh tối đa.

- Kỹ thuật phức tạp nên thời gian làm phẫu thuật lâu hơn phương pháp Panas

Chú ý: Kỹ thuật mổ sẽ được kiến tập tại phòng mổ.

LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC, GIÁC MẠC NÔNG

Mục tiêu

1. Trình bày được phương pháp lấy dị vật kết mạc, giác mạc nông.
2. Thao tác được các bước lấy dị vật kết mạc, giác mạc nông.

Nội dung

1. Các loại dị vật hay gặp

Dị vật kết mạc, giác mạc rất hay gặp trong chấn thương:

- Công nghiệp như: Phoi tiện, mảnh than...
- Nông nghiệp như: Hạt thóc, mảnh lá lúa...
- Trong sinh hoạt, đất, cát, bùn....

Bất kỳ dị vật gì nếu không được lấy ra sớm có thể gây nhiễm trùng, dẫn đến viêm loét giác mạc bệnh nhân có thể bị mù.

2. Dấu hiệu để phát hiện dị vật

- Phần lớn tự bệnh nhân biết có dị vật bắn vào mắt.
- Mắt cộm, chói, chảy nước mắt, nhiều khi không thể mở được mắt, nếu chớp mi gây đau chói và nước mắt lại chảy giàn giụa.
- Khám thấy kết mạc đỏ, có thể thấy dị vật ở kết mạc hay ở trên giác mạc. nếu dị vật ở cùng đồ trên phải lật mi lên mới lấy được.

3. Lấy dị vật

- Giải thích cho bệnh nhân an tâm, không chớp mắt không đảo mắt trong quá trình tiến hành lấy dị vật.
- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn có đủ ánh sáng chiếu vào mắt, thầy thuốc nhìn rõ dị vật.
- Tra DD dicain 1% 2 lần cách nhau 2 - 3 phút.
- Bộc lộ dị vật bằng vành mi hoặc lật mi tùy vị trí dị vật ta đã biết.
- Dùng bông cuốn hay đầu kim tiêm (vô khuẩn) gạt nhẹ dị vật ra ngoài.

Trường hợp dị vật cắm vào giác mạc phải dùng đầu kim lấy. Nếu thấy khó khăn phải gửi bệnh nhân đến cơ sở có chuyên khoa không nên cố lấy sẽ làm tổn thương đến tổ chức xung quanh, nhiều khi còn đẩy sâu dị vật vào trong.

Sau khi lấy xong dị vật phải tra dung dịch kháng sinh như clorocid 0,4%; gentamycin 0,5%, lau khô mắt cho bệnh nhân. Tra mỡ tetracyclin 1%. Nếu cần thiết nên băng mắt cho bệnh nhân để tránh bụi.

- Kê đơn, hướng dẫn bệnh nhân tự tra thuốc, nếu cần hẹn đến khám lại để theo dõi nhiễm khuẩn.

CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG TRONG NHÃN KHOA

1. Thuốc dùng theo đường toàn thân

Qua nghiên cứu người ta thấy rằng kháng sinh và các thuốc được sử dụng theo con đường toàn thân đối với mắt được chia làm 2 khu vực:

- Khu vực thuộc các bộ phận phụ cận nhãn cầu nó chịu tác dụng trực tiếp của thuốc theo đường máu.

- Khu vực các bộ phận trong nhãn cầu và giác mạc không chịu tác dụng trực tiếp của thuốc qua đường máu mà phải qua hàng rào thủy dịch. Nồng độ thuốc trong thủy dịch thấp hơn nồng độ thuốc trong máu. Vì vậy nồng độ thuốc có tác dụng với bệnh toàn thân thì chưa đủ đối với bệnh trong nhãn cầu và bệnh ở giác mạc. (Nồng độ thuốc trong thủy dịch chỉ có 10 - 20% so với nồng độ thuốc trong máu). Khi điều trị các bệnh viêm sâu trong nhãn cầu và các bệnh ở giác mạc cần dùng các loại kháng sinh có tác dụng rộng, liều cao; tốt nhất là tiêm tại mắt (tiêm cạnh nhãn cầu hoặc tiêm dưới kết mạc) nên tiêm phối hợp với các loại thuốc có tác dụng tăng thẩm thấu mao mạch như Hyasa.

2. Thuốc tra tại mắt

Thuốc tra tại mắt rất quan trọng đối với các bệnh thuộc bán phần trước. Thuốc tra ngấm vào thủy dịch nhanh khi trên giác mạc bị xước hoặc bị loét. Thuốc nước có tác dụng sau 3 phút kéo dài không lâu. Thuốc mỡ có tác dụng lâu hơn.

2.1. Thuốc sát trùng

Dung dịch nitrat bạc 1% tra cho trẻ sơ sinh, dd 2% - 3% dùng chấm vào vết loét ở trên giác mạc.

Dung dịch acgyrol 1% tra cho trẻ em, dd 3% - 10% tra cho những trường hợp viêm loét giác mạc, viêm kết mạc do vi khuẩn ở người lớn.

2.2. Thuốc kháng sinh

Có nhiều dd kháng sinh được pha chế để tra tại mắt. Các loại dd thông dụng nhất như clorocid 0,4%, gentamycin 0,3%. Hiện nay trên thị trường có rất nhiều thuốc mới như ciloxan, tobrex... có tác dụng tốt đối với các bệnh tại mắt.

- Thuốc mỡ như: tetracyclin 1%, gentamycin 1%, aureomycin 1%, cebemycin 1%...

2.3. Thuốc chống viêm

Dùng trong các trường hợp viêm kết mạc dị ứng, viêm kết mạc mùa xuân, viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật. Thuốc tra ngày 2 - 3 lần. Một số thuốc thường dùng như

dd hydrocortison, polydesan, dexaclor, maxitrol, flalex... Thuốc mỡ cũng có rất nhiều như : clorocid - H, hydrocortison, maxitrol...

Chú ý: Thuốc chống viêm không được tra cho những trường hợp viêm loét giác mạc.

2.4. Thuốc gây tê

Dung dịch dicain 1% tra mắt để gây tê kết mạc và giác mạc.

- Novocain 3% tác dụng trực tiếp vào các nhánh thần kinh chi phối, có tác dụng tê sâu, lâu đảm bảo cho các cuộc phẫu thuật trung phẫu hoặc đại phẫu ở tại mắt.

2.5. Thuốc gây co đồng tử

Dung dịch pilocapin 1% được dùng rộng rãi nhất. Thuốc kích thích phó giao cảm gây co đồng tử. Thuốc dùng trong điều trị bệnh glôcôm nguyên phát.

- Eserin 0,5% - 1% tác dụng mạnh, nó làm co đồng tử, co cả cơ thể mi nên không dùng cho những trường hợp glôcôm trên mắt cận thị.

- Mintacol 1/5000 dv tác dụng co đồng tử còn mạnh hơn eserin nên ít dùng.

2.6. Thuốc giãn đồng tử

- Dung dịch atropin (0,5%, 1%, 4%) tác dụng làm liệt cơ co đồng tử, thuốc dùng điều trị viêm mống mắt thể mi. Thuốc có tác dụng sau tra từ 10 - 30 phút kéo dài 7 - 10 ngày.

- Tropicol 0,5% làm giãn đồng tử nhanh sau tra thuốc 10 - 15 phút, kéo dài 2 - 3 tiếng. Thuốc thường dùng làm giãn đồng tử để soi đáy mắt.

Chú ý: Phải đo nhãn áp trước khi tra thuốc giãn đồng tử.

CÁCH TRA THUỐC VÀO MẮT

Mục tiêu

1. Trình bày được phương pháp tra thuốc mắt.
2. Thao tác được các bước tra thuốc vào mắt.

Nội dung

1. Công tác chuẩn bị trước khi tra thuốc

- Kiểm tra họ tên bệnh nhân, chỉ định của bác sỹ.
- Kiểm tra tên thuốc, chất lượng thuốc.
- Kiểm tra nồng độ thuốc có đúng với chỉ định không.

2. Chuẩn bị

- Thuốc theo chỉ định.
- Hộp bông cất nhỏ
- Bệnh nhân nằm trên bàn hoặc ngồi giữa đầu ra sau.
- Thầy thuốc phải rửa tay trước khi tra thuốc.

3. Kỹ thuật

3.1. Cách tra thuốc nước

Tay trái cầm bông để ở góc ngoài mắt và vành rộng khe mi, Tay phải cầm lọ thuốc tra 1 - 2 giọt vào mắt ở góc trong hoặc cùng đồ dưới, sau đó khép mi lại. Dùng bông lau nhẹ phần thuốc tràn ra ngoài khe mi.

Chú ý: Không được chạm đầu ống thuốc vào mắt bệnh nhân để phòng lây lan (vi khuẩn từ mắt người bệnh đi vào ống thuốc). Không được tra thuốc lên giác mạc, không để thuốc tràn ra má. Khi tra atropin cho trẻ em phải chẹn lệ đạo.

3.2. Cách tra thuốc mỡ

Kéo rộng mi dưới bằng một ngón tay, bảo bệnh nhân nhìn lên trên, thầy thuốc đưa đầu tuýp thuốc vào cùng đồ dưới rồi bóp nhẹ cho thuốc vào cùng đồ, nhẹ nhàng khép mi lại và bảo bệnh nhân nhắm mắt 5 - 10 phút để thuốc ngấm dần vào tổ chức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Mắt, Trường Đại học Y Hà Nội (1990)**, *Thực hành nhãn khoa tập 1, 2*, Nxb Y học, Hà Nội.
2. **Bộ môn Mắt, Tai mũi họng, Trường Đại học Y Hà Nội (1990)**, *Bài giảng Mắt, Tai mũi họng*, Nxb Y học, Hà Nội.
3. **Bộ môn Mắt, Trường Đại học Y Thái Nguyên (2002)**, *Bài giảng Mắt*.
4. **Lê Kinh Duệ (1994)**, “Bệnh giang mai”, *Bách khoa thư bệnh học, 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
5. **Lê Kinh Duệ (1994)**, “Bệnh phong”, *Bách khoa thư bệnh học, 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Đợi (2000)**, “Tình hình chấn thương mắt trẻ em”, *Nhãn khoa, 3*, Hội Nhãn khoa - Tổng hội Y Dược học Việt Nam.
7. **Lê Huy Liệu (1994)**, “Bệnh Basedow”, *Bách khoa thư bệnh học, 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
8. **Phạm Khuê (1994)**, “Tăng huyết áp”, *Bách khoa thư bệnh học, 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
9. **Phan Đức Khâm, Nguyễn Duy Hoà (1994)**, *Cấp cứu Nhãn khoa*, Nxb Y học, Hà Nội.
10. **Phan Đức Khâm (1994)**, “Chấn thương mắt”, *Bách khoa thư bệnh học, 2*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
11. **Nguyễn Xuân Hiệp (2000)**, “Tật khúc xạ: một nguyên nhân chính gây giảm thị lực tại Việt Nam và các nước trong khu vực”, *Nhãn khoa, 3*, Hội Nhãn khoa - Tổng hội Y Dược học Việt Nam.
12. **Viện Mắt (1988)**, *Nhãn khoa, 1, 2*, Nxb Y học, Hà Nội.
13. **Hội Nhãn khoa Mỹ (1996)**, *Bệnh học của mí mắt, kết mạc và giác mạc*, Nxb Y học, Hà Nội.
14. **Hội Nhãn khoa Mỹ (1996)**, *Bệnh Đục thể thủy tinh*, Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng, tập 11, Nxb Y Học, Hà Nội.
15. **Hội Nhãn khoa Mỹ (1998)**, *Viêm nội nhãn và viêm màng bồ đào*, Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng, tập 9, Nxb Y Học, Hà Nội.
16. **Nguyễn Xuân Nguyên, Phan Dân (1996)**, *Giải phẫu mắt ứng dụng trong lâm sàng và sinh lý thị giác*, Nxb Y Học, Hà Nội.
17. **Nguyễn Thu Nhạn (1994)**, “Bệnh đái tháo đường ở trẻ em”, *Bách khoa thư bệnh học, 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội.
18. **Larry Schwab (1996)**, *Chăm sóc mắt ở các nước đang phát triển*, Nxb Y học, Hà Nội.
19. **Nông Thanh Sơn, Vũ Quang Dũng (2000)**, “Nghiên cứu thực trạng cận thị học đường và một số yếu tố nguy cơ tại Thái Nguyên”, *đề tài cấp Bộ trọng điểm*, Bộ Giáo dục - Đào tạo.
20. **Hà Huy Tài (1996)**, *Điều tra dịch tễ học mù loà và một số bệnh về mắt*, đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ.
21. **Tôn Thị Kim Thanh (2000)**, “Đánh giá thực hiện công tác phòng chống mù loà năm 1998 - 2000”, Hội thảo quốc gia về phòng chống mù loà và khoa học kỹ thuật.
22. **Tổ chức Y tế thế giới (1994)**, *Điều trị bệnh đục thể thủy tinh trong công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu*, Nxb Y Học, Hà Nội.
23. **Nguyễn Thị Thu Yên (2000)**, “Tình hình chấn thương mắt trẻ em”, *Nhãn khoa, 3*, Hội Nhãn khoa - Tổng hội Y Dược học Việt Nam.

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

16 Hàng Chuối - Hai Bà Trưng - Hà Nội

Điện thoại: Biên tập-Chế bản: (04) 39714896:

Hành chính:(04) 39714899 ; Tổng Biên tập: (04) 39714897:

Fax: (04) 39714899

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Giám đốc: PHÙNG QUỐC BẢO

Tổng biên tập: PHẠM THỊ TRÂM

Biên tập: TRẦN THỊ HUẾ

Sửa bài: QUỐC THẮNG

Chế bản: QUỐC THẮNG

Trình bày bìa: NGỌC ANH

GIÁO TRÌNH MẮT

Mã số: 1L-71ĐH2010

In 200 cuốn, khổ 19x27 cm tại Công Ty CP Nhà in Khoa học và Công nghệ

Số xuất bản: 1071- 2009/CXB/03 - 201/ĐHQGHN, ngày 25/11/2009

Quyết định xuất bản số: 71LK-TN/XB

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2010.