

Xuất bản  
lần thứ bảy



# Cẩm nang

# Nhãn Khoa

# Lâm sàng

Chẩn đoán và điều trị  
bệnh mắt ở phòng khám  
và phòng cấp cứu

**Biên tập nội dung:**

Nika Bagheri

Brynn N. Wajda

**Hình ảnh:**

Charles M. Calvo

Alia K. Durrani

**Chủ biên đầu tiên:**

Mark A. Friedberg

Christopher J. Rapuano

**Biên dịch:**

PGS.TS.BS. Nguyễn Đức Anh



Wolters Kluwer



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

# Cẩm nang Nhãn Khoa Lâm sàng

Chẩn đoán và điều trị bệnh mắt  
ở phòng khám và phòng cấp cứu

*Xuất bản lần thứ bảy*

## BIÊN TẬP NỘI DUNG

Nika Bagheri | Brynn N. Wajda

## HÌNH ẢNH

Charles M. Calvo | Alia K. Durrani

## CHỦ BIÊN

Mark A. Friedberg | Christopher J. Rapuano

## BIÊN DỊCH

PGS.TS.BS. Nguyễn Đức Anh



Wolters Kluwer



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

# Lời nói đầu

Thật khó để tin rằng 26 năm đã trôi qua kể từ lần xuất bản đầu tiên của cuốn The Wills Eye Manual, ban đầu là sáng kiến của Mark Friedberg và Chris Rapuano, cựu nội trú tại bệnh viện Wills Eye, được xuất bản năm 1990. Tổng cộng đã có sáu lần xuất bản, và ấn bản mới nhất này là bảy. Nó vẫn là một tổng quan hữu ích và được tôn trọng của chuyên ngành. Ở những thời điểm thích hợp, những thay đổi như bổ sung màu sắc và, trong ấn bản thứ bảy này, video, đã được thực hiện. Sáu ấn bản đầu tiên đã bán được 207.865 cuốn và đã được dịch sang nhiều ngôn ngữ. Một giảng viên của Bộ môn Nhân khoa có uy tín tại Hoa Kỳ, người có chứng chỉ suốt đời của Hội đồng Nhân khoa Hoa Kỳ đã quyết định tham dự kì kiểm tra duy trì chứng chỉ (MOC). Anh ấy nói với tôi rằng sự chuẩn bị duy nhất của mình là đọc The Wills Eye Manual từ đầu đến cuối.

Ngày nay, một số ý kiến cho rằng những người trẻ tuổi không được giáo dục tốt như 50 năm trước. Cá nhân tôi tin rằng những người trẻ tuổi ngày nay cũng có khả năng và thông minh như bất kỳ thế hệ nào trước. Các bác sĩ nội trú sử dụng The Wills Eye Manual đã nhanh chóng nắm bắt những kiến thức thiết yếu của các chủ đề của họ và thể hiện thông tin một cách toàn diện và chính xác. Và họ đáp ứng thời hạn! Tôi có đặc ân được hướng dẫn các bác sĩ nội trú Wills Eye trong nhiều năm, tôi chúc mừng và chào mừng tất cả các biên tập viên và bác sĩ của họ, những người đã làm cho The Wills Eye Manual thành công như vậy.

**William S. Tasman, M.D.**

**Giáo sư và Chủ nhiệm danh dự Bộ môn nhân khoa  
Khoa Y Jefferson của Đại học Thomas Jefferson  
Bác sĩ nhãn khoa trưởng danh dự  
Bệnh viện Wills Eye**

## **CÁC BIÊN TẬP VIÊN**

**Lần xuất bản thứ nhất, 1990:**

**Biên tập:** Mark A. Friedberg, M.D.  
và Christopher J. Rapuano, M.D.

**Lần xuất bản thứ hai, 1994:**

**Biên tập:** R. Douglas Cullom, Jr., M.D.  
và Benjamin Chang, M.D.

**Lần xuất bản thứ ba, 1999:**

**Biên tập:** Douglas J. Rhee, M.D.  
và Mark F. Pyfer, M.D.

**Lần xuất bản thứ tư, 2004:**

**Biên tập:** Derek Y. Kunimoto, M.D., Kunal D.  
Kanitkar, M.D., và Mary S. Makar, M.D.

**Lần xuất bản thứ năm, 2008:**

**Biên tập:** Justis P. Ehlers, M.D. and Chirag P.  
Shah, M.D.

**Phó biên tập:** Gregory L. Fenton, M.D., Eliza  
N. Hoskins, M.D., và Heather N. Shelsta, M.D.

**Lần xuất bản thứ sáu, 2012:**

**Biên tập:** Adam T. Gerstenblith, M.D. và Michael  
P. Rabinowitz, M.D.

**Phó biên tập:** Behin I. Barahimi, M.D. và  
Christopher M. Fecarotta, M.D.

**Lần xuất bản thứ bảy, 2017:**

**Biên tập:** Nika Bagheri, M.D. và Brynn N. Wa-  
jda, M.D.

**Biên tập hình ảnh:** Charles M. Calvo, M.D. và  
Alia K. Durrani, M.D.

# Lời tựa

Chúng tôi hân hạnh được giới thiệu ấn bản thứ bảy của cuốn The Wills Eye Manual. Ấn bản này ra đời từ nền tảng được đặt ra bởi tất cả những người đóng góp trước đó và, như trong những năm trước, sẽ không thể thực hiện được nếu không có những nỗ lực hợp tác, làm việc nhóm, và tâm lý không bao giờ thỏa mãn của các bác sĩ và giảng viên của Wills Eye. Hy vọng của chúng tôi là độc giả sẽ tìm thấy trong sách này những thông tin cập nhật nhất và các lời khuyên lâm sàng tập thể về việc đánh giá, chẩn đoán, xử lý và điều trị bệnh mắt tại phòng cấp cứu.

Ấn bản thứ bảy bao gồm những kết quả của các thử nghiệm lâm sàng lớn kể từ ấn bản trước. Những xu hướng thay đổi trong xét nghiệm, phân loại và điều trị của các chuyên khoa khác nhau trong nhãn khoa, bao gồm chấn thương, tạo hình, giác mạc, nhi khoa, thần kinh nhãn khoa, viêm màng bồ đào và bệnh võng mạc được phản ánh trong ấn bản này.

Chúng tôi cũng tự hào thông báo sự bổ sung rộng lớn thành phần đa phương tiện đầu tiên của The Wills Eye Manual, bao gồm một cơ sở dữ liệu điện tử của nhiều bệnh lâm sàng khác nhau cũng như các thủ thuật tại phòng khám và phòng cấp cứu. Trong khi kết hợp các xu hướng y tế và công nghệ hiện tại, chúng tôi đã cố gắng duy trì mục tiêu ban đầu của các biên tập viên sáng lập: đó là cung cấp một nguồn tham khảo hiệu quả, ngắn gọn và dễ tiếp cận cho những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiếp cận bệnh nhân cần được chăm sóc mắt.

Chúng tôi hy vọng các bạn tiếp tục sử dụng Ấn bản thứ bảy của The Wills Eye Manual và thấy đây là một hướng dẫn tiện lợi, dễ sử dụng để xử lý các bệnh mắt.

**Nika Bagheri, M.D.**  
**Brynn N. Wajda, M.D.**  
**Charles M. Calvo, M.D.**  
**Alia K. Durrani, M.D.**

# Mục lục

## Chương 1

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA MẮT .....	4
--	---

## Chương 2

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC DẤU HIỆU CỦA MẮT .....	11
---	----

## Chương 3

CHẨN THƯƠNG .....	11
3.1. Bỏng hóa chất .....	11
3.2. Xước giác mạc .....	13
3.3. Dị vật giác mạc và kết mạc .....	15
3.4. Rách kết mạc.....	17
3.5. Viêm mống mắt do chấn thương.....	17
3.6. Xuất huyết tiền phòng và hồng cầu tiền phòng.....	18
3.7. Đứt chân mống mắt/tách thể mi.....	21
3.8. Rách mi mắt .....	22
3.9. Gãy xương sàn hốc mắt .....	26
3.10. Xuất huyết hậu nhãn cầu do chấn thương .....	30
3.11. Bệnh thị thần kinh chấn thương.....	35
3.12. Dị vật hốc mắt .....	37
3.13. Rách giác mạc.....	39
3.14. Vỡ nhãn cầu và vết thương xuyên.....	41
3.15. Dị vật nội nhãn.....	42
3.16. Chấn thương do pháo hoa hoặc hỏa khí.....	45
3.17. Chấn động võng mạc .....	46
3.18. Rách hắc mạc do chấn thương.....	47
3.19. Rách hắc-võng mạc do chấn thương.....	47
3.20. Bệnh võng mạc Purscher.....	48
3.21. Hội chứng trẻ bị rung lắc.....	49

## Chương 4

GIÁC MẠC .....	51
4.1. Bệnh giác mạc chấm nông .....	51
4.2. Tróc giác mạc tái diễn.....	54
4.3. Hội chứng khô mắt.....	55
4.4. Bệnh giác mạc sợi .....	57
4.5. Bệnh giác mạc do hờ mi .....	58
4.6. Bệnh giác mạc do thần kinh dinh dưỡng.....	59
4.7. Bệnh giác mạc do tia cực tím.....	61
4.8. Viêm giác mạc chấm nông Thygeson.....	61
4.9. Mộng thịt/pinguecula .....	62
4.10. Bệnh giác mạc dải băng .....	64
4.11. Viêm giác mạc do vi khuẩn.....	65
4.12. Viêm giác mạc do nấm.....	69

4.13. Viêm giác mạc do Acanthamoeba.....	70
4.14. Bệnh giác mạc tinh thể .....	72
4.15. Bệnh mắt do vi rút herpes.....	73
4.16. Bệnh zona mắt/bệnh thủy đậu .....	77
4.17. Viêm giác mạc kê.....	80
4.18. Quá mẫn tụ cầu.....	81
4.19. Bệnh mụn bọng.....	82
4.20. Các vấn đề liên quan với kính tiếp xúc .....	84
4.21. Viêm kết mạc nhú gai khổng lồ do kính tiếp xúc.....	87
4.22. Mỏng/loét giác mạc chu vi .....	88
4.23. Delle .....	90
4.24. Bệnh giác mạc chớp.....	91
4.25. Các loạn dưỡng giác mạc .....	93
4.26. Loạn dưỡng nội mô Fuchs .....	96
4.27. Bệnh giác mạc bọng ở mắt đã mổ thể thủy tinh .....	97
4.28. Thải ghép giác mạc .....	98
4.29. Các biến chứng của phẫu thuật khúc xạ.....	99

## Chương 5

BỆNH KẾT MẠC/CỨNG MẠC/ MỐNG MẮT/ PHẦN NGOÀI MẮT .....	104
5.1. Viêm kết mạc cấp .....	104
5.2. Viêm kết mạc mạn tính .....	110
5.3. Viêm kết mạc mắt-hạch Parinaud .....	112
5.4. Viêm kết-giác mạc vùng rìa trên.....	113
5.5. Xuất huyết dưới kết mạc .....	114
5.6. Viêm thượng củng mạc .....	115
5.7. Viêm củng mạc .....	117
5.8. Viêm bờ mi/viêm tuyến Meibomius.....	120
5.9. Bệnh mắt trứng cá đỏ.....	121
5.10. Bệnh pemphigoid mắt .....	122
5.11. Viêm da tiếp xúc .....	124
5.12. Các u kết mạc.....	124
5.13. U hắc tố ác tính của mống mắt.....	128

## Chương 6

MI MẮT .....	130
6.1. Sụp mi .....	130
6.2. Chấp/leo.....	132
6.3. Lộn mi.....	133
6.4. Quặm mi.....	134
6.5. Lòng xiêu.....	135
6.6. Hội chứng mi mềm nhẽo .....	136
6.7. Co thắt mi.....	137
6.8. Viêm lệ quản .....	138



6.9. Viêm túi lệ .....	139	9.12. Glôcôm do thể thủy tinh .....	218
6.10. Viêm tổ chức hốc mắt trước vách .....	140	9.13. Mống mắt phẳng .....	221
6.11. Các u ác tính của mi mắt.....	143	9.14. Glôcôm tân mạch.....	223
<b>Chương 7</b>		9.15. Hội chứng nội mô giác mạc-mống mắt .....	225
<b>HỐC MẮT</b> .....	147	9.16. Glôcôm sau phẫu thuật .....	226
7.1. Bệnh hốc mắt.....	147	9.17. Hội chứng thủy dịch lạc đường/glôcôm ác tính .....	228
7.2. Bệnh hốc mắt do viêm .....	148	9.18. Các biến chứng của phẫu thuật glôcôm.....	229
7.3. Bệnh hốc mắt do nhiễm trùng.....	153	9.19. Viêm sẹo bong .....	231
7.4. Các u hốc mắt .....	159		
7.5. Bệnh hốc mắt do chấn thương .....	168	<b>Chương 10</b>	
7.6. U tuyến lệ/viêm tuyến lệ mạn tính .....	168	<b>THẦN KINH NHÃN KHOA</b> .....	233
7.7. Các bệnh hốc mắt khác.....	170	10.1. Đồng tử hai mắt không đều.....	233
<b>Chương 8</b>		10.2. Hội chứng Horner .....	235
<b>BỆNH MẮT TRẺ EM</b> .....	172	10.3. Đồng tử Argyll Robertson .....	236
8.1. Đồng tử trắng.....	172	10.4. Đồng tử (trương lực) Adie.....	237
8.2. Bệnh võng mạc đẻ non .....	174	10.5. Liệt dây thần kinh số III .....	238
8.3. Bệnh dịch kính-võng mạc xuất tiết gia đình .....	177	10.6. Tái sinh sai lạc của thần kinh số III.....	240
8.4. Lác trong .....	178	10.7. Liệt dây thần kinh số IV.....	241
8.5. Lác ngoài .....	181	10.8. Liệt dây thần kinh số VI .....	243
8.6. Các hội chứng lác .....	183	10.9. Liệt dây thần kinh số VII .....	245
8.7. Nhược thị.....	184	10.10. Xoang hang và các hội chứng liên quan .....	248
8.8. Đục thể thủy tinh ở trẻ em.....	185	10.11. Bệnh nhược cơ .....	251
8.9. Viêm kết mạc trẻ sơ sinh.....	187	10.12. Liệt ngoại nhãn tuần tiến mạn tính .....	254
8.10. Tắc lệ đạo bẩm sinh .....	189	10.13. Liệt mắt gian nhãn.....	255
8.11. Glôcôm bẩm sinh .....	190	10.14. Viêm thị thần kinh .....	257
8.12. Các dị thường (loạn sản) bẩm sinh của phần trước và thể thủy tinh.....	192	10.15. Ứ phù gai.....	259
8.13. Sụp mi bẩm sinh.....	194	10.16. Tăng áp lực nội sọ vô căn/ giả u não.....	260
8.14. Mù hai mắt ở trẻ nhỏ .....	195	10.17. Bệnh TTK thiếu máu cục bộ có viêm ĐM .....	262
<b>Chương 9</b>		10.18. Bệnh TTK thiếu máu cục bộ không viêm ĐM.....	263
<b>BỆNH GLÔCÔM</b> .....	198	10.19. Bệnh TTK thiếu máu cục bộ phần sau .....	264
9.1. Glôcôm góc mở nguyên phát.....	198	10.20. Các bệnh thị thần kinh khác .....	265
9.2. Glôcôm nhãn áp thấp (glôcôm nhãn áp bình thường) .....	204	10.21. Rung giật nhãn cầu .....	267
9.3. Nhãn áp cao .....	205	10.22. Mù thoáng qua .....	269
9.4. Glôcôm góc đóng cấp tính .....	206	10.23. Thiếu năng động mạch sống-nền .....	271
9.5. Glôcôm góc đóng mạn tính .....	210	10.24. Mù vô não .....	271
9.6. Glôcôm do lùi góc.....	211	10.25. Giảm thị lực không sinh lí .....	272
9.7. Glôcôm góc mở do viêm .....	211	10.26. Đau đầu .....	274
9.8. Cơn glôcôm do viêm thể mi/hội chứng Posner-Schlossman .....	213	10.27. Bệnh migraine.....	276
9.9. Glôcôm do steroid .....	214	10.28. Đau đầu chu kỳ .....	278
9.10. Hội chứng phân tán sắc tố/glôcôm sắc tố.....	215		
9.11. Hội chứng giả tróc bao/glôcôm do tróc bao .....	217		

## Chương 11

VỔNG MẠC .....	279
11.1. Bong dịch kính sau .....	279
11.2. Rách võng mạc.....	280
11.3. Bong võng mạc.....	282
11.4. Tách lớp võng mạc.....	286
11.5. Vết dạng bông.....	288
11.6. Tắc động mạch trung tâm võng mạc .....	289
11.7. Tắc nhánh động mạch võng mạc.....	290
11.8. Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc .....	293
11.9. Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.....	294
11.10. Bệnh võng mạc tăng huyết áp.....	295
11.11. Hội chứng mắt thiếu máu cục bộ (bệnh tắc động mạch cảnh) .....	296
11.12. Bệnh võng mạc đái tháo đường.....	302
11.13. Xuất huyết dịch kính.....	304
11.14. Phù hoàng điểm dạng nang .....	306
11.15. Bệnh hắc-võng mạc trung tâm thanh dịch .....	308
11.16. Thoái hóa hoàng điểm tuổi già không xuất tiết .....	310
11.17. Thoái hóa hoàng điểm tuổi già xuất tiết hoặc tân mạch.....	313
11.18. Bệnh mạch máu hắc mạc dạng polip vô căn.....	314
11.19. Phình động mạch võng mạc.....	315
11.20. Bệnh hồng cầu hình liềm.....	316
11.21. Bệnh võng mạc Valsalva.....	317
11.22. Cận thị bệnh lí/thoái hóa .....	319
11.23. Những vết dạng mạch .....	321
11.24. Viêm hắc-võng mạc do Histoplasma .....	323
11.25. Dính/co kéo dịch kính-hoàng điểm/ lỗ hoàng điểm.....	324
11.26. Màng trước võng mạc.....	326
11.27. Bong/tràn dịch hắc mạc .....	330
11.28. Viêm võng mạc sắc tố và các loạn dưỡng hắc-võng mạc di truyền .....	331
11.29. Các loạn dưỡng tế bào nón.....	333
11.30. Bệnh Stargardt (đáy mắt đốm vàng).....	334
11.31. Bệnh Best (loạn dưỡng hoàng điểm dạng noãn hoàng).....	335
11.32. Nhiễm độc chloroquin/ hydroxychloroquin.....	336
11.33. Bệnh võng mạc tinh thể.....	337
11.34. Hốc thị thần kinh.....	338

11.35. Bệnh võng mạc do nhìn mặt trời.....	340
11.36. Bớt và u hắc tố ác tính của hắc mạc .....	341

## Chương 12

VIÊM MÀNG BỔ ĐÀO .....	342
12.1. Viêm màng bồ đào trước (viêm mống mắt/ mống mắt-thể mi).....	342
12.2. Viêm màng bồ đào trung gian .....	348
12.3. Viêm màng bồ đào sau và viêm màng bồ đào toàn bộ.....	350
12.4. Viêm màng bồ đào liên quan với HLA-B27.....	354
12.5. Bệnh toxoplasma.....	355
12.6. Bệnh sarcoid.....	357
12.7. Bệnh Behçet .....	360
12.8. Hoại tử võng mạc cấp tính.....	361
12.9. Viêm võng mạc vi rút cự bào .....	364
12.10. Bệnh vi mạch võng mạc không nhiễm trùng (bệnh võng mạc HIV).....	366
12.11. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada (VKH).....	366
12.12. Bệnh giang mai.....	371
12.13. Viêm nội nhãn sau phẫu thuật.....	374
12.14. Viêm màng bồ đào mạn tính sau phẫu thuật.....	376
12.15. Viêm nội nhãn do chấn thương.....	377
12.16. Viêm nội nhãn nội sinh do vi khuẩn.....	378
12.17. Viêm võng mạc/viêm nội nhãn do Candida.....	379
12.18. Nhãn viêm giao cảm .....	380

## Chương 13

CÁC BỆNH MẮT LIÊN QUAN VỚI TOÀN THÂN .....	381
13.1. Đục thể thủy tinh mắc phải.....	381
13.2. Lệch hoặc sa thể thủy tinh.....	383
13.3. Bệnh mắt trong thời kì có thai.....	385
13.4. Bệnh Lyme .....	386
13.5. Thiếu năng qui tụ.....	388
13.6. Co thắt điều tiết.....	389
13.7. Hội chứng Stevens-Johnson (bệnh hồng ban đa dạng thể nặng).....	390
13.8. Thiếu vitamin A.....	391
13.9. Bệnh bạch tạng.....	392
13.10. Bệnh Wilson .....	393
13.11. Hội chứng nhãn áp thấp .....	395

13.12. Mắt mù và đau nhức.....	396	<b>CÁC PHỤ LỤC</b> .....	416
13.13. Các hội chứng thần kinh-da.....	398	Phụ lục 1: Các thuốc giãn đồng tử.....	416
<b>Chương 14</b>		Phụ lục 2: Dự phòng uốn ván.....	416
<b>CÁC PHƯƠNG THỨC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH</b>		Phụ lục 3: Các test che mắt .....	417
<b>TRONG NHÂN KHOA</b> .....		Phụ lục 4: Bảng Amsler .....	418
14.1. Chụp X quang.....	402	Phụ lục 5: Test Seidel để phát hiện rò	
14.2. Chụp cắt lớp vi tính (CT).....	402	vết thương.....	419
14.3. Chụp cộng hưởng từ (MRI) .....	404	Phụ lục 6: Test kéo cơ và test cơ lực	
14.4. Chụp cộng hưởng từ		chủ động.....	419
động mạch (MRA).....	407	Phụ lục 7: Kỹ thuật thăm dò và bơm rửa	
14.5. Chụp cộng hưởng từ		lệ đạo.....	420
tĩnh mạch (MRV).....	407	Phụ lục 8: Nuôi cấy bệnh phẩm giác mạc .....	421
14.6. Chụp X quang mạch máu .....	407	Phụ lục 9: Các thuốc kháng sinh/kháng nấm	
14.7. Y học hạt nhân .....	408	mắt nồng độ cao.....	422
14.8. Khám siêu âm mắt .....	408	Phụ lục 10: Kỹ thuật tiêm hậu nhãn cầu/dưới	
14.9. Chụp ảnh mắt.....	410	Tenon/dưới kết mạc.....	422
14.10. Chụp mạch huỳnh quang .....	411	Phụ lục 11: Chọc hút và tiêm dịch kính .....	423
14.11. Chụp mạch ICG (Indocyanine		Phụ lục 12: Các kháng sinh tiêm dịch kính....	
Green Angiography) .....	412	.....	424
14.12. Chụp cắt lớp quang học (OCT) .....	413	Phụ lục 13: Chọc tiền phòng .....	424
14.13. Chụp đáy mắt laser quét		Phụ lục 14: Phân loại góc tiền phòng.....	425
đồng tiêu.....	414	Phụ lục 15: Cắt mổ mắt chu vi bằng	
14.14. Chụp ảnh hiển vi đồng tiêu.....	414	laser YAG.....	427
14.15. Chụp bản đồ và chụp cắt lớp		Phụ lục 16: Mở bao sau bằng laser YAG.....	428
giác mạc .....	414		
14.16. Chụp X quang túi lệ .....	415		



# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA MẮT

### CAY MẮT

**Thường gặp:** Viêm bờ mi, viêm tuyến Meibomius, hội chứng khô mắt, viêm KM (nhiễm trùng, dị ứng, cơ học, hóa chất).

**Ít gặp hơn:** Tổn hại GM (thường thấy rõ bằng nhuộm fluorescein), viêm mộng thịt hoặc pinguecula, viêm thượng củng mạc, viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, nhiễm độc mắt (thuốc, mỹ phẩm, dung dịch KTX), các vấn đề liên quan với KTX.

### LÁC MẮT Ở TRẺ EM

Xem 8.4, Lác trong, hoặc 8.5, Lác ngoài.

### GIẢM THỊ LỰC

1. **Giảm thị lực thoáng qua** (thị lực trở lại bình thường trong vòng 24 giờ, thường trong vòng 1 giờ).

**Thường gặp:** Vài giây (thường hai mắt): Ú phù gai. Vài phút: Mù thoáng qua (cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua, một mắt), thiếu năng ĐM sống-nền (hai mắt). 10 đến 60 phút: Bệnh migraine (tiếp theo có thể có đau đầu).

**Ít gặp hơn:** Dọa tắc TM trung tâm VM, bệnh TTK thiếu máu cục bộ, hội chứng mắt thiếu máu cục bộ (bệnh tắc động mạch cảnh), glôcôm, thay đổi huyết áp đột ngột, tổn thương hệ TKTW, drusen đĩa thị, tổn thương hóc mắt (giảm thị lực có thể liên quan với vận nhãn).

2. **Giảm thị lực kéo dài > 24 giờ**

- **Giảm thị lực đột ngột, không đau**

**Thường gặp:** Tắc ĐM hoặc TM võng mạc, bệnh TTK thiếu máu cục bộ, viêm ĐM tế

bào không lồ, xuất huyết dịch kính, bong VM, viêm TTK (đau khi chuyển động mắt ở >50% các trường hợp), đột ngột phát hiện thị lực một mắt bị giảm từ trước.

**Ít gặp hơn:** Các bệnh khác của VM hoặc TKTW (td. đột quỵ), nhiễm độc (td. methanol), tắc ĐM mắt (cũng có thể có hạn chế vận nhãn và sụp mi).

- **Giảm thị lực từ từ, không đau (nhiều tuần, nhiều tháng, hoặc nhiều năm)**

**Thường gặp:** Đục thể thủy tinh, tật khúc xạ, glôcôm góc mở, glôcôm góc đóng mạn tính, bệnh VM mạn tính (td. thoái hóa hoàng điểm tuổi già, bệnh võng mạc ĐTĐ).

**Ít gặp hơn:** Bệnh GM mạn tính (td. loạn dưỡng GM), bệnh TTK hoặc teo TTK (td. khối u TKTW).

- **Giảm thị lực có đau:** Glôcôm góc đóng cấp tính, viêm TTK (có thể có đau khi mắt chuyển động), viêm MBĐ, viêm nội nhãn, phù GM (do bệnh GM chóp).

3. **Giảm thị lực sau chấn thương:** Phù mi, GM không đều, xuất huyết tiền phòng, vỡ nhãn cầu, đục thể thủy tinh chấn thương, phù Berlin, bong VM, xuất huyết VM hoặc dịch kính, lệch thể thủy tinh, bệnh TTK chấn thương, bệnh thần kinh sọ, chấn thương TKTW, nhãn viêm giao cảm (hiếm gặp).



**GHI CHÚ:** Mặc dù là một chẩn đoán loại trừ, cần nhớ xem xét giảm thị lực không sinh lí.

### TIẾT TÓ

Xem “Mắt đỏ” ở chương này.

## NHÌN HÌNH BIẾN DẠNG

**Thường gặp:** Tất khúc xạ [bao gồm lão thị, cận thị mắc phải (td. do đục thể thủy tinh, đái tháo đường, có thai, co thắt thể mi, xoay thể mi, thuốc, phẫu thuật bong VM), loạn thị mắc phải (td. do phẫu thuật phần trước, khối u/phù ở mi hoặc quanh hốc mắt [thí dụ chấp, chấn thương hốc mắt]), bệnh hoàng điểm (td. bệnh hắc-vông mạc trung tâm thanh dịch, phù hoàng điểm, thoái hóa hoàng điểm tuổi già và các bệnh khác có màng tân mạch hắc mạc), GM không đều, nhiễm độc (td. ethanol, methanol), do thuốc (td. băng dính chống say xe chứa scopolamin).

**Ít gặp hơn:** Bệnh GM chớp, thuốc nhỏ mắt (td. thuốc co đồng tử, thuốc liệt thể mi), bong VM, bệnh migraine (nhất thời), huyết áp thấp, bệnh TKTW (bao gồm ú phù gai), không sinh lí.

## SONG THỊ

1. **Một mắt** (song thị vẫn còn khi che mắt không bị bệnh)

**Thường gặp:** Tất khúc xạ, mắt kính lệch tâm, GM đục hoặc không đều (bao gồm phẫu thuật GM/khúc xạ), đục thể thủy tinh, tổn hại móng mắt (td. lỗ cắt móng mắt).

**Ít gặp hơn:** Lệch thể thủy tinh hoặc kính nội nhãn, bệnh hoàng điểm, bong VM, bệnh TKTW (hiếm), không sinh lí.

2. **Hai mắt** (song thị không còn khi che một mắt)

- **Tùng đột:** Nhược cơ, lác ẩn mắt bù trừ từng hồi.
- **Thường xuyên:** Liệt dây TK số VI, III, hoặc IV, bệnh hốc mắt (td. bệnh mắt do tuyến giáp, viêm hốc mắt vô căn [giả u hốc mắt], khối u), hội chứng xoang hang/khe hốc mắt trên, sau phẫu thuật mắt (td. tồn dư gậy tê, cơ bị lệch, phẫu thuật cơ, hạn chế do đai củng mạc, ảnh VM hai mắt chênh lệch nhiều sau phẫu thuật khúc xạ), sau chấn thương (td. gãy xương hốc mắt có kẹt cơ ngoại nhãn, phù hốc mắt), thiếu năng qui tụ/phân kì, liệt mắt gian nhãn, thiếu năng ĐM sống-nền, các bệnh TKTW khác, vấn đề của kính mắt.

## KHÔ MẮT

Xem 4.3, Hội chứng khô mắt.

## RỤNG LÔNG MI

Chấn thương, bỏng, u da (td. ung thư biểu mô tuyến bã), nhiễm trùng hoặc viêm mi mắt, tia xạ, bệnh da mạn tính (td. rụng lông khu vực), hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada, bệnh tuyến giáp, thói giật lông tóc (trichotillomania).

## VẢY TRẮNG Ở BỜ MI

**Thường gặp:** Viêm bờ mi, viêm tuyến Meibomius, viêm KM.

**Ít gặp hơn:** Viêm lệ quản, tắc lệ đạo, viêm túi lệ.

## SỤP MI

Xem 6.1, Sụp mi.

## SƯNG MI

1. **Do viêm** (thường có đỏ).

**Thường gặp:** Lẹo, viêm bờ mi, viêm KM, viêm tổ chức hốc mắt, chấn thương, viêm da tiếp xúc, viêm da do herpes/zona.

**Ít gặp hơn:** Lộn mi, bệnh GM, mày đay hoặc phù mạch, sa da mi, côn trùng đốt, viêm tuyến lệ, viêm quầng, khối u của mi hoặc tuyến lệ, các bệnh tự miễn (td. luput dạng đĩa, viêm da-cơ).

2. **Không viêm:** Chấp, nhẹo da, sa mỡ hốc mắt (ấn nhãn cầu làm cho sa mỡ tăng thêm); u mi hoặc tuyến lệ, da mi mềm nhẽo, dị vật, bệnh tim, thận, hoặc tuyến giáp, hội chứng TM chủ trên.

## GIẬT MI

Rung cơ vòng cung mi (do mệt mỏi, cà phê quá mức, thuốc, hoặc căng thẳng), kích thích GM hoặc KM (đặc biệt là do lông mi, nang, hoặc dị vật/chi phẫu thuật), khô mắt, co thắt mi (hai mắt), co thắt nửa mặt, rối loạn điện giải, hội chứng Tourette, tật máy giật đau (tic douloureux), bệnh bạch tạng, glôcôm bẩm sinh (nhạy cảm ánh sáng), thiếu máu (hiếm gặp).

## ĐAU

### 1. Ở mắt

- Nhẹ đến trung bình: Hội chứng khô mắt, viêm bờ mi, viêm KM nhiễm trùng, viêm thượng củng mạc, viêm pinguecula hoặc mộng thịt, dị vật (GM hoặc KM), bệnh GM (td. bệnh GM chàm nông), viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, nhiễm độc thuốc nhỏ mắt, các vấn đề liên quan với KTX, sau phẫu thuật, hội chứng mắt thiếu máu cục bộ, môi mắt do tật khúc xạ không được chỉnh kính.
  - Trung bình đến nặng: Bệnh GM (td. xước, tróc biểu mô. thâm nhiễm/loét/viêm giác mạc, bong mắt do hóa chất, bong tia tử ngoại), chấn thương, viêm MBD trước, viêm củng mạc, viêm nội nhãn, glôcôm góc đóng cấp tính.
2. Quanh hốc mắt: Chấn thương, lẹo, viêm tổ chức hốc mắt trước vách, viêm túi lệ, viêm da (td. viêm da tiếp xúc, do hóa chất, do vi rút zona hoặc herpes), đau lan tỏa (td. đau răng, xoang), viêm ĐM tế bào không lồ, đau thần kinh tam thoa (tic douloureux).
  3. Hốc mắt: Viêm xoang, chấn thương, viêm hốc mắt, hội chứng viêm hốc mắt vô căn, u hốc mắt, viêm TTK, viêm tuyến lệ cấp, bệnh migraine hoặc đau đầu chu kì, liệt dây TK số do đái tháo đường, đau thần kinh sau nhiễm trùng (td. do herpes).
  4. Môi mắt: Tật khúc xạ không được chỉnh kính, lác mắt, thiếu năng qui tụ, co thắt điều tiết, do thuốc (thuốc co đồng tử).

## MẮT ĐỎ

1. **Các nguyên nhân phụ cận:** Lông xiêu, quặm sau, hội chứng mi mềm nhèo, quặm mí hoặc lộn mí, hờ mí, viêm bờ mi. viêm tuyến Meibomius, bệnh trứng cá đỏ. viêm túi lệ, viêm lệ quan.
2. **Các nguyên nhân kết mạc:** Viêm KM trẻ sơ sinh, viêm K.M (do vi khuẩn, vi rút, hóa chất, dị ứng, cơ địa dị ứng, mùa xuân, nhiễm độc thuốc), xuất huyết dưới KM, viêm pinguecula, viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, viêm KM nhú gai không lồ. dị vật K.M, dính mí cầu và các nguyên nhân liên quan (td. bệnh pemphigoid mắt. hội chứng Stevens-Johnson, bệnh hoại tử thượng bị nhiễm độc), u kết mạc.

3. **Các nguyên nhân giác mạc:** Viêm GM, các vấn đề liên quan với KTX (**xem 4.20, Các vấn đề liên quan với kính tiếp xúc**), dị vật GM, tróc GM tái diễn, mộng thịt, bệnh GM do thần kinh dinh dưỡng, bệnh do thuốc, bong tia cực tím hoặc hóa chất.
4. **Nguyên nhân khác:** Chấn thương, sau phẫu thuật, hội chứng khô mắt, viêm nội nhãn, viêm MBD trước, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc. do thuốc (td. các thuốc tương tự prostaglandin), glôcôm góc đóng, rò ĐM canh-xoang hang (các mạch máu KM có hình xoắn ốc), đau đầu chu kì.

## NHỮNG CHẤM ĐẾN Ở TRƯỚC MẮT

### 1. Thoáng qua: Bệnh migraine.

### 2. Vĩnh viễn hoặc lâu dài:

**Thường gặp:** Bong dịch kính sau, viêm MBD trung gian hoặc viêm MBD sau, xuất huyết dịch kính, dịch kính đông đặc hoặc vẩn đục.

**ít gặp hơn:** Xuất huyết/hồng cầu tiền phòng, rách hoặc bong VM, đục/loạn đường hoặc dị vật GM.



**GHI CHÚ:** Một số bệnh nhân thấy điểm mù trong thị trường là do bệnh của võng mạc, thị thần kinh, hoặcTKTVV.

## CHẢY NƯỚC MẮT

### 1. Người lớn

- **Có đau:** Bất thường GM (td. xước, dị vật hoặc vòng ri sắt, tróc biểu mô tái diễn, phù), viêm MBD trước, bệnh của mi hoặc lông mi (td. lông xiêu, quặm mí), dị vật KM, viêm túi lệ, viêm tuyến lệ, viêm lệ quản, chấn thương.
  - **Không đau hoặc đau ít:** Hội chứng khô mắt, viêm bờ mi, tắc ống lệ mũi, tắc lỗ lệ, viêm lệ quản, u túi lệ, lộn mí, viêm K.M (đặc biệt dị ứng và nhiễm độc), nước mắt cá sấu (bẩm sinh hoặc liệt dây TK số VII), trạng thái cảm xúc.
2. **Trẻ em:** Tắc ống lệ mũi, glôcôm bẩm sinh, dị vật GM hoặc KM, hoặc bệnh kích thích khác.

## Chương 2

# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC DẤU HIỆU CỦA MẮT

### TIỀN PHÒNG/GÓC TIỀN PHÒNG

#### Xuất huyết tiền phòng

Chấn thương, do thầy thuốc (td. phẫu thuật nội nhãn hoặc laser), tân mạch mống mắt, viêm mống mắt thể mi do herpes hoặc zona, loạn thể tạng máu hoặc bệnh đông máu (td. bệnh ưa chảy máu), dùng thuốc chống đông, viêm mống mắt thể mi dị sắc Fuchs, u nội nhãn (td. II hạt vàng thiếu niên, u nguyên bào VM, u mạch).

#### Mủ tiền phòng

Loét GM nhiễm trùng, viêm nội nhãn, viêm mống mắt thể mi nặng (td. liên quan với HLA-B27, bệnh Behcet, phản ứng với kính nội nhãn (mủ tiền phòng vô trùng), chất thể thủy tinh còn sót, do nhiễm khuẩn sau phẫu thuật thể thủy tinh (hội chứng nhiễm độc phân trước), hoại tử u nội nhãn (td. giả mủ tiền phòng do u nguyên bào VM), tồn tại dị vật nội nhãn, KTX chặt, phù GM mạn tính có vỡ các bọt nước, phản ứng viêm nặng do tróc GM tái diễn, do thuốc (td. rifampin).

#### Máu trong ống Schlemm (khi soi góc)

Kính soi góc ép vào mạch máu thượng cùng mạc, hội chứng Sturge-Weber, rò động-tĩnh mạch (td. rò ĐM cảnh-xoang hang), tắc TM chủ trên, nhãn áp thấp.

### CÁC DẤU HIỆU CỦA GIÁC MẠC/KẾT MẠC

#### Phù kết mạc

Dị ứng, viêm mắt hoặc quanh mắt, sau phẫu thuật, thuốc, cương tụ TM (td. rò ĐM cảnh-xoang hang), phù Quinke, phù niêm.

#### Khô kết mạc

Thiếu vitamin A, sau viêm KM sẹo hóa, hội chứng Stevens-Johnson, bệnh pemphigoid mắt, hồ mi (mắt nhắm không kín, mắt phản xạ chớp mắt, lồi mắt), xạ trị, viêm tuyến lệ mạn tính, hội chứng Sjögren.

#### Những tình thế ở giác mạc

**Xem 4.14, Bệnh giác mạc tình thế.**

#### Phù giác mạc

1. Bẩm sinh: Glôcôm bẩm sinh, loạn dưỡng nội mô bẩm sinh di truyền, loạn dưỡng GM sau đa hình, chấn thương sản khoa (do phóc-xếp).
2. Mắc phải: Phù sau phẫu thuật, bệnh GM bọt ở mắt đã mổ thể thủy tinh, loạn dưỡng nội mô Fuchs, đeo KTX quá lâu, chấn thương, hồ mi, bong mắt do hóa chất, tăng nhãn áp cấp (td. glôcôm góc đóng), phù GM (bệnh GM chớp bất bù), viêm GM do herpes hoặc zona, viêm mống mắt, ghép GM thất bại. hội chứng nội mô giác mạc-mống mắt, loạn dưỡng GM sau đa hình.

#### Giãn mạch thượng cùng mạc (mắt không kích thích hoặc đau)

u màng bồ đào tiềm ẩn, rò động-tĩnh mạch (td. rò ĐM cảnh-xoang hang), bệnh tăng hồng cầu vô căn. bệnh bạch cầu, huyết khối TM mắt hoặc xoang hang. Tắc ngoại mạch của tuần hoàn TM mắt/hốc mắt.

#### Phì đại thần kinh giác mạc

**Quan trọng nhất:** Bệnh đa u nội tiết typ IIb (ung thư biểu mô tủy tuyến giáp, u tế bào ưa crôm, u thần kinh niêm mạc, thể trạng Marfan).

**Nguyên nhân khác:** Viêm GM do Acanthamoeba, viêm GM mạn tính, bệnh GM chóp, u xơ thần kinh, loạn đường nội mô Fuchs, hội chứng Refsum, chấn thương, glôcôm bẩm sinh, ghép GM thất bại, bệnh phong, bệnh vảy cá, vô căn, biến thể bình thường.

### Hột trên kết mạc

**Xem 5.1, Viêm kết mạc cấp và 5.2, Viêm kết mạc mạn tính.**

### Viêm kết mạc có màng

(Dấu hiệu kinh điển là bóc màng khó và gây chảy máu). Do liên cầu, phế cầu, bong hóa chất, viêm KM có màng cứng (ligneous conjunctivitis), vi khuẩn bạch hầu, vi rút herpes, bệnh mắt do vi rút đậu bò. (So sánh với viêm kết mạc có giả mạc).

### Viêm kết mạc có giả mạc

(Dấu hiệu kinh điển là bóc màng dễ dàng và không chảy máu). Xem phần trên về các nguyên nhân của viêm KM có màng, cũng như adenovirus (hiếm khi gây ra màng thực sự), bệnh pemphigoid mắt, hội chứng Stevens- Johnson, viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, lậu cầu, tụ cầu, chlamydia ở trẻ sơ sinh, và các nguyên nhân khác.

### Đục giác mạc ở trẻ nữ nhi

Glôcôm bẩm sinh, chấn thương sản khoa (do phóc-xếp), loạn đường nhu mô hoặc nội mô bẩm sinh di truyền (hai inát), loạn đường GM sau đa hình, dị thường bẩm sinh của phân trước (td. dị thường Peters), bệnh chuyển hóa (hai mắt, thị dụ loạn đường mucopolysacharit, loạn đường mucolipid), viêm GM kè, bệnh herpes, loét GM. u bì GM, GM cứng hóa.

### Màng máu giác mạc

Bệnh trứng cá đỏ. KTX chặt hoặc dco KTX quá lâu, bệnh mụn bọng, chlamydia (bệnh mắt hột và viêm K.M thè vùi), viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, quả mẫn tụ cầu, viêm kết-giác mạc mùa xuân, vi rút herpes hoặc zona, bong hóa chất, bệnh pemphigoid mắt. không có mồng mắt. u mềm lây. bệnh phong.

### Nhú gai ở kết mạc

**Xem 5.1, Viêm kết mạc cấp và 5.2, Viêm kết mạc mạn tính.**

### Sắc tố kết mạc

Bệnh hắc tố chúng tộc (quanh rìa), bút, bệnh hắc tố mắc phải nguyên phát, u hắc tố, bệnh tế bào melanin mắt và mắt-da (bẩm sinh, màu xanh xám, không ở KM mà ở thượng củng mạc), bệnh Addison, có thai, xạ trị, vàng da, xuất huyết dưới KM đang tiêu, dị vật K.M hoặc dưới KM, do thuốc (td. chlorpromazin, epinephrin nhỏ mắt), trang điểm (td. lắg đọng thuốc tô lông mi/son phấn, xăm).

### Đính mi-cầu

Bệnh pemphigoid mắt, hội chứng Stevens-Johnson, bong hóa chất, chấn thương, thuốc, viêm kết mạc hoặc viêm thượng củng mạc lâu ngày, viêm kết-giác mạc dịch, viêm KM cơ địa dị ứng, tia xạ, bẩm sinh, sau phẫu thuật.

### Vết đục hình xoắn ở biểu mô giác mạc

Amiodaron. chloroquin, bệnh Pabry và người mang gen bệnh, phenothia/.in. indomethacin.

## CÁC BẤT THƯỜNG CỦA MI MẮT

### Phù mi

**Xem “Sung mi” ở Chương 1, Chẩn đoán phân biệt các triệu chứng của mắt.**

### Tổn thương ở mi

**Xem 6.11, Các u ác tính của mi mắt.**

### Sụp mi và giả sụp mi

**Xem 6.1, Sụp mi.**

## CÁC DẤU HIỆU CỦA ĐÁY MẮT

### Sắc tố hình gai xương (đám sắc tố tỏa lan)

**Xem 11.28, Viêm võng mạc sắc tố và các loạn dưỡng hắc-võng mạc di truyền.**



### Tổn thương hoàng điểm hình vòng đồng tâm (bull's-eye)

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già, bệnh Stargardt (đáy mắt đốm vàng), bạch tạng, loạn dưỡng tế bào nón, loạn dưỡng tế bào que-tế bào nón, bệnh VM do chloroquin hoặc hydroxychloroquin, loạn dưỡng dạng noãn hoàng khởi phát ở người lớn, hội chứng spielmeyer-Vogt, loạn dưỡng hắc mạc quầng trung tâm. **Xem 11.32, Nhiễm độc chloroquin/hydroxychloroquin.**

### Những nếp gấp hắc mạc

u hắc mắt hoặc hắc mạc, hội chứng viêm hắc mạc vô căn, bệnh mắt do tuyến giáp, viêm củng mạc sau, nhãn áp thấp, bong VM, viễn thị cao, rách củng mạc, ứ phù gai, sau phẫu thuật.

### Tân mạch hắc mạc

**Thường gặp:** Thoái hóa hoàng điểm tuổi già, viêm hắc-võng mạc do Histoplasma, cận thị nặng, bệnh mạch máu hắc mạc dạng polip vô căn, những vết dạng mạch, rách hắc mạc (chấn thương).

**Ít gặp hơn:** Drusen đĩa thị, khối u, sẹo VM sau quang đông laser, viêm MBĐ sau (td. bệnh Vogt-Koyanagi-Harada, viêm hắc mạc nhiều ổ, viêm hắc mạc vằn vè), vô căn.

### Những vết dạng bông

**Xem 11.5, vết dạng bông.**

### Cục nghẽn mạch

**Xem 10.22, Mù thoáng qua, 11.6, Tắc động mạch trung tâm võng mạc, 11.7, Tắc nhánh động mạch võng mạc, 11.33, Bệnh võng mạc tĩnh thể.**

- Tiểu cầu-fibrin (màu xám đục và dài): Bệnh ĐM cảnh, đôi khi bệnh tim.
- Cholesterol (màu vàng lóng lánh, thường ở chỗ ĐM phân nhánh): Bệnh ĐM cảnh.
- Canxi (màu trắng đục, thường ở quanh hoặc trên đĩa thị): Bệnh tim.
- U nhầy tim (thường ở những bệnh nhân trẻ, đặc biệt mắt trái, thường làm tắc ĐM mắt hoặc ĐM trung tâm VM ở sau nhãn cầu và không thấy được).
- Bột talc và bột ngô (những hạt nhỏ màu trắng-vàng lóng lánh ở các tiểu ĐM của hoàng điểm, có thể gây tân mạch VM ngoại vi): Tiêm chích ma túy.

- Lipid hoặc khí (thường thấy những vết dạng bông chứ không phải cục nghẽn mạch): Do chấn thương ngực (bệnh VM Purtscher) và gãy các xương dài.
- Các nguyên nhân khác: khối u, kí sinh trùng, dị vật.

### Xuất tiết ở hoàng điểm

**Thường gặp:** Đái tháo đường, màng tân mạch hắc mạc (dưới VM), tăng huyết áp.

**Ít gặp hơn:** Phình mạch, bệnh Coats (trẻ em), u mạch thể mao mạch VM chu vi, tắc TM võng mạc, ứ phù gai, bệnh VM do tia xạ.

### Đáy mắt bình thường kèm theo giảm thị lực

Viêm TTK hậu nhãn cầu, thoái hóa tế bào nón, bệnh Stargardt (đáy mắt đốm vàng), bệnh TTK khác (td. bệnh TTK di truyền Leber, khối u, rượu hoặc thuốc lá), mù màu hoàn toàn, nhược thị, bệnh VM do ung thư, giảm thị lực không sinh lí.

### Mạch máu bàng hệ (nội thông hắc- võng mạc) trên đĩa thị

U hắc mắt hoặc nội sọ (đặc biệt u màng não), sau tắc TM trung tâm VM, ứ phù gai mạn tính (td. giả u não), glôcôm góc mở mạn tính, u thần kinh đệm của TTK.

### Tân mạch võng mạc

1. **Cực sau:** Đái tháo đường, sau tắc TM trung tâm VM.
2. **Chu vi:** Bệnh VM hồng cầu hình liềm, sau tắc nhánh tĩnh mạch VM, đái tháo đường, bệnh sarcoid, bệnh giang mai, hội chứng mất thiếu máu cục bộ (bệnh tắc ĐM cảnh), viêm pars plana, bệnh Coats, bệnh VM đẻ non, nghẽn mạch do tiêm chích ma túy (bệnh VM do bột talc), viêm MBĐ mạn tính, các bệnh khác (td. bệnh bạch cầu, thiếu máu, bệnh Eales, bệnh dịch kính-võng mạc xuất tiết gia đình).

### Vết Roth (xuất huyết võng mạc có màu trắng ở giữa)

**Thường gặp:** Đái tháo đường, bệnh bạch cầu, viêm hắc-võng mạc nhiễm khuẩn (td. do viêm màng trong tim nhiễm khuẩn).

**Ít gặp hơn:** Thiếu máu ác tính (và đôi khi các hình thái thiếu máu khác), bệnh hồng cầu hình

liềm, bệnh thiếu Vitamin C, luput ban đỏ hệ thống, các bệnh mô liên kết khác.

### Bao trắng quanh tĩnh mạch (viêm quanh tĩnh mạch)

**Thường gặp:** Bệnh giang mai, bệnh sarcoid, viêm pars plana, bệnh hồng cầu hình liềm,

**Ít gặp hơn:** Bệnh lao, bệnh xơ cứng rải rác, bệnh Eales, viêm VM do vi rút (HIV, herpes), bệnh Behcet, viêm VM do nấm, nhiễm trùng huyết.

### Khối u

Xem 11.36, Bớt và II hắc tố ác tính của hắc mạc.

### NHÃN ÁP

#### Tăng nhãn áp cấp tính

Glôcôm góc đóng cấp tính, cơn glôcôm góc mở do viêm, glôcôm ác tính, xuất huyết tiền phòng, cơn glôcôm thể mi (hội chứng Posner-Schlossman), sau phẫu thuật (xem “Các biến chứng sau phẫu thuật” ở chương này), xuất huyết thượng hắc mạc, rò ĐM canh-xoang hang, khe tách thể mi tự đóng lại, xuất huyết hậu nhãn cầu, hoặc các bệnh hóc mắt khác.

#### Tăng nhãn áp mạn tính

Xem 9.1, Glôcôm góc mở nguyên phát.

#### Nhãn áp thấp

Vỡ nhãn cầu, teo nhãn cầu, bong võng/hắc mạc, viêm mống mắt-thể mi, mất nước nặng, khe tách thể mi, mất thiếu máu cục bộ, thuốc (td. thuốc điều trị glôcôm), sau phẫu thuật (xem “Các biến chứng sau phẫu thuật” ở chương này), thể mi bất hoạt do chấn thương.

### MỐNG MẮT

#### Mống mắt khác màu

##### 1. Mống mắt màu sáng hơn bình thường:

Hội chứng Homer bẩm sinh, hầu hết các trường hợp viêm mống mắt-thể mi dị sắc Fuchs, viêm MBĐ mạn tính, u hạt vàng thiếu niên, ung thư biểu mô di căn, hội chứng Waardenburg.

##### 2. Mống mắt màu sẫm hơn bình thường:

Bệnh hắc tế bào mắt hoặc mát-da, nhiễm hemosiderin, nhiễm sắt, tồn tại dị vật nội nhãn, u hắc tố ác tính, bớt mống mắt toả lan, u nguyên bào VM, bệnh bạch cầu, u lymphô, hội chứng nội mô giác mạc-mống mắt, một số trường hợp viêm mống mắt-thể mi dị sắc Fuchs.

### Tổn thương mống mắt

- 1. Có hắc tố (màu nâu):** Bớt, u hắc tố, u tuyến, hoặc ung thư tuyến của biểu mô sắc tố mống mắt.
- 2. Không có hắc tố (màu trắng, vàng, hoặc cam):** U hắc tố không sắc tố, nốt viêm hoặc u hạt do viêm (td. bệnh sarcoid, bệnh lao, bệnh phong, các bệnh u hạt khác), u xơ thần kinh, màng sung huyết của bệnh giang mai, u hạt vàng thiếu niên, ung thư biểu mô thần kinh, dị vật, nang, u cơ trơn, lan tràn từ một khối u phần sau.

### Tân mạch mống mắt

Bệnh võng mạc ĐTĐ, hội chứng mất thiếu máu cục bộ, tắc ĐM hoặc TM vòng mạc, viêm MBĐ mạn tính, bong VM mạn tính, khối u nội nhãn (td. u nguyên bào VM, u hắc tố), các bệnh mạch máu VM khác.

### THỂ THỦY TINH

(xem thêm 13.1, Đục thể thủy tinh mắt phải)

#### Lệch thể thủy tinh

Xem 13.2, Lệch hoặc sa thể thủy tinh.

#### Những hạt óng ánh trong thể thủy tinh

Thuốc, giảm canxi huyết, loạn đường trương lực cơ, giảm năng tuyến giáp, di truyền, vô căn.

#### Thể thủy tinh hình chớp

- Hình chớp ở mặt trước: Hội chứng Alport (viêm thận di truyền).
- Hình chớp ở mặt sau: Thường vô căn, có thể kèm theo tổn lưu mạch máu bào thai.

## CÁC DẤU HIỆU THÂN KINH NHÂN KHOA

### Tổn hại phản xạ đồng tử hướng tâm

1. **Nặng (2+ đến 3+):** Bệnh TTK (td. bệnh TTK thiếu máu cục bộ, viêm TTK, khối u, glôcôm), tắc ĐM hoặc TM trung tâm VM, (ít gặp hơn) tổn thương giao thoa hoặc dải thị giác.
2. **Nhẹ (1+):** Tất cả các bệnh ở trên, nhược thị, xuất huyết dịch kính nặng, thoái hóa hoàng điểm giai đoạn muộn, tắc nhánh TM hoặc ĐM võng mạc, bong VM, hoặc bệnh VM khác.

### Đồng tử hai mắt không đều

Xem 10.1, Đồng tử 2 mắt không đều.

### Hạn chế vận nhãn

1. Có lỗi mắt và nhãn cầu khó ấn thụt vào: Xem 7.1, Bệnh hốc mắt.
2. Không có lỗi mắt và nhãn cầu khó ấn thụt vào: Liệt dây TK số III, IV, hoặc VI, liệt đa dây thần kinh vận nhãn (xem 10.10, Xoang hang và các hội chứng liên quan), nhược cơ, liệt ngoại nhãn tuần tiến mạn tính và các hội chứng liên quan, gãy xương sàn hốc mắt có kẹt cơ, bệnh migraine liệt mắt, hội chứng Duane, các bệnh khác của TKTW.

### Teo thị thần kinh

**Thường gặp:** Glôcôm, tắc ĐM hoặc TM trung tâm VM trước đó, bệnh TTK thiếu máu cục bộ, viêm TTK mạn tính, ú phù gai mạn tính, chèn ép TTK, giao thoa, hoặc dải thị bởi khối u hoặc phình mạch, bệnh TTK chấn thương.

**Ít gặp hơn:** Bệnh giang mai, thoái hóa VM (td. viêm VM sắc tố), bệnh TTK do nhiễm độc hoặc chuyển hóa, teo TTK di truyền Leber, mù bẩm sinh Leber, bệnh thần kinh do tia xạ, bệnh tích tụ lysosom (td. bệnh Tay- Sachs), các hình thái khác của teo TTK bẩm sinh hoặc di truyền (RGNC hầu như luôn có ở các hình thái bẩm sinh).

### Phù gai thị

Xem 10.15, Ú phù gai.

### Mạch máu bàng hệ (nối thông hắc- võng mạc) ở đĩa thị

Xem “Các dấu hiệu của đáy mắt” ở chương này.

### Đồng tử phản xạ ngược (đồng tử giãn ở ngoài sáng và co ở trong tối).

Quáng gà bẩm sinh không tiến triển, mù màu bẩm sinh, thiếu sản TTK, mù bẩm sinh Leber, bệnh Best, viêm TTK, teo TTK di truyền trội, bệnh bạch tạng, viêm VM sắc tố. Đôi khi do nhược thị.

### HỐC MẮT

#### Phi đại cơ ngoại nhãn (thấy trên chẩn đoán hình ảnh)

**Thường gặp:** Bệnh hốc mắt tuyến giáp (gân cơ thường không phì đại), hội chứng viêm hốc mắt vô căn.

**Ít gặp hơn:** Khối u (td. u lymphô, u di căn, hoặc u tuyến lệ lan vào cơ), rò ĐM cánh-xoang hang, huyết khối TM mắt trên, u mạch thể hang (thường biểu hiện ở chớp cơ mà không có phì đại cơ), sacôm cơ vân (trẻ em).

#### Tổn thương tuyến lệ

Xem 7.6, u tuyến lệ/viêm tuyến lệ mạn tính.

#### Tổn thương thị thần kinh (đơn độc)

**Thường gặp:** u thần kinh đệm của TTK (đặc biệt trẻ em), u màng não của TTK (đặc biệt người lớn).

**Ít gặp hơn:** U di căn, bệnh bạch cầu, hội chứng viêm hốc mắt vô căn, bệnh sarcoid, tăng áp lực nội sọ có phù gai.

#### Những tổn thương hốc mắt/lồi mắt

Xem 7.1, Bệnh hốc mắt.

### BỆNH MẮT TRẺ EM

#### Đồng tử trắng

Xem 8.1, Đồng tử trắng.

#### Rung giật ở trẻ nữ nhi

Xem thêm 10.21, Rung giật nhãn cầu.

RGNC bẩm sinh, bệnh bạch tạng, mù bẩm sinh Leber, chấn thương TKTW (đôi thị), rung giật mắt-đầu (spasmus nutans), u thần kinh đệm của TTK hoặc giao thoa thị, thiếu sản TTK., đục thể thủy tinh bẩm sinh, không có mống mắt. các đục GM bẩm sinh.

## CÁC BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

### Tiền phòng nông

1. Kèm theo nhãn áp cao: Glôcôm do nghẽn đồng tử. hội chứng tắc nghẽn túi bao (capsular block syndrome), xuất huyết thượng hắc mạc, glôcôm ác tính.
2. Kèm theo nhãn áp thấp: Rò vết mô, bong hắc mạc, lỗ rò quá thông sau phẫu thuật glôcôm.

### Nhãn áp thấp

Rò vết mô, bong hắc mạc, tách thể mi, bong VM. thể mi bất hoạt, ức chế thủy dịch do thuốc, lỗ rò quá thông sau phẫu thuật glôcôm.

## NHỮNG VẤN ĐỀ KHÚC XẠ

### Viễn thị tiến triển

U hốc mắt ép vào mắt sau nhãn cầu, bong thành dịch của VM (td. bệnh hắc-vòng mạc trung tâm thanh dịch), viêm củng mạc sau. lão thị, giảm glucose huyết, đục thể thủy tinh, sau phẫu thuật rạch GM hình nan hoa hoặc các phẫu thuật khúc xạ khác.

### Cận thị tiến triển

Cận thị nặng (bệnh lí), đá tháo đường, đục thể thủy tinh, giãn lồi cực sau nhãn cầu, giãn lồi GM (bệnh GM chớp hoặc sau phẫu thuật khúc xạ), các thuốc (td. thuốc co đồng tử, sulta, tetracyclin), trẻ em (sinh lí).

## TỔN HẠI THỊ TRƯỜNG

### Mất nửa thị trường trên hoặc dưới

Thường gặp: Bệnh TTK. thiếu máu cục bộ, tắc nhánh ĐM hoặc TM võng mạc, viêm TTK.

Ít gặp hơn: Glôcôm, tổn thương TTK hoặc giao thoa thị, khuyết TTK.

### Ám điểm hình cung

Thường gặp: Glôcôm.

**Ít gặp hơn:** Bệnh TTK thiếu máu cục bộ (đặc biệt loại không do viêm ĐM), drusen đĩa thị. cận thị nặng, viêm TTK.

### Tổn hại thị trường hai bên phía mũi

**Thường gặp:** Glôcôm, bệnh VM hai bên thái dương (td. viêm VM sắc tố).

**Hiếm gặp:** Bệnh thùy chẩm hai bên. khối u hoặc phình mạch chèn ép ca hai TTK. hoặc giao thoa thị, viêm màng nhện giao thoa thị. không sinh lí.

### Bán manh hai bên phía thái dương

**Thường gặp:** Tổn thương giao thoa (td. u tuyến yên. u màng não. u sọ hầu, phình mạch, u thần kinh đệm).

**Ít gặp hơn:** Đĩa thị nghiêng.

**Hiếm gặp:** Viêm VM sắc tố phía mũi.

### Điểm mù rộng

U phù gai. glôcôm, drusen đĩa thị, khuyết TTK. sợi thần kinh myelin hóa ở sát đĩa thị, các thuốc, đĩa thị cận thị với một liềm thoái hóa, hội chứng nhiều chấm trắng chóng phai (MEWDS). hội chứng điểm mù rộng vô căn cấp tính (AIBSE) là một biến thể của MEWDS.

### Ám điểm trung tâm

Bệnh hoàng điểm, viêm TTK. bệnh TTK thiếu máu cục bộ (điển hình gây ra tổn hại thị trường hướng dọc), teo TTK (td. do u chèn ép thần kinh, bệnh nhiễm độc hoặc chuyển hóa), và đôi khi do tổn thương vỏ não vùng chẩm.

### Thị trường hình ống

Glôcôm, viêm VM sắc tố hoặc các bệnh VM chu vi khác (td. teo VM hình vòng), ứ phù gai mạn tính, sau quang đông toàn VM hoặc lạnh đông, tắc ĐM trung tâm VM miễn trừ ĐM thể mi-vòng mạc. nhồi máu thùy chẩm hai bên miễn trừ hoàng điểm, giảm thị lực không sinh lí, các thuốc (td. phenothiazin). thiếu vitamin A. ung thư biểu mô, u hắc tố. hoặc bệnh VM do tự miễn dịch.

### Bán manh đồng danh

Tổn thương não ở thùy thái dương. thùy đỉnh, thùy chẩm (td. đột quỵ và khối u, thường gặp hơn; phình mạch và chấn thương, ít gặp hơn). Tổn thương dải thị hoặc thể gối ngoài. Bệnh

migraine cũng có thể gây ra bán manh đồng danh thoáng qua.

### **DỊCH KÍNH**

#### **Đục dịch kính**

Bệnh dịch kính hình sao, xuất huyết dịch kính, tế bào viêm do viêm dịch kính hoặc

viêm MBĐ sau, đục dạng nấm tuyết của viêm pars plana hoặc bệnh sarcoid, những dải dịch kính bình thường trong thoái hóa dịch kính tuổi già, những tế bào u, dị vật, tồn lưu động mạch dịch kính, tinh thể cholesterol óng ánh, và đôi khi là thoái hóa dạng tinh bột hoặc bệnh Whipple.



## Chương 3

# CHẤN THƯƠNG

### 3.1 Bông hóa chất

Cần điều trị TỨC THÌ, thậm chí trước khi đo thị lực, trừ trường hợp nghi vỡ nhãn cầu.



**GHI CHÚ:** Tác nhân bao gồm bazơ (td. nước tro, xi măng, thạch cao, bột túi hơi ô tô, chất tẩy trắng, amoniac), axit (axit ắc-qui, chất làm sạch bề bơi, dấm), dung môi, chất tẩy, và chất kích thích (bình xịt hơi cay).

#### Điều trị cấp cứu

1. Rửa mắt nhiều và nhẹ nhàng bằng nước muối hoặc dung dịch Ringer lactat. Có thể dùng nước máy nếu không có các dung dịch này và có thể hiệu quả hơn nước muối sinh lý trong việc ngăn chặn tăng pH tiền phòng trong các bông kiềm. **KHÔNG BAO GIỜ** dùng dung dịch axit để trung hòa bazơ hoặc ngược lại bởi vì phản ứng axit-bazơ có thể sinh các chất nền có hại và gây ra chấn thương nhiệt thứ phát. Có thể đặt vành mi và nhỏ thuốc tê (proparacain) trước khi rửa. Cần phải lộn các cùng đồ để rửa. Sau khi loại trừ chấn thương vỡ nhãn cầu, cần rửa sạch hoặc gắp bỏ các chất hạt gây bông. Dùng dây truyền nối với chai dịch truyền để giúp quá trình rửa được dễ dàng hơn.
2. Sau khi ngừng rửa, chờ 5 đến 10 phút để cho chất pha loãng được hấp thụ, sau đó kiểm tra pH ở cùng đồ dưới bằng giấy quì. Nếu pH chưa đạt mức trung tính (từ 7,0 đến 7,4) thì tiếp tục rửa.



**GHI CHÚ:** Lượng dung dịch rửa cần thiết để đạt được pH trung tính thay đổi tùy theo hóa chất và thời gian tiếp xúc hóa chất. Lượng dung dịch cần thiết có thể từ vài lít đến nhiều lít).

3. Cần dùng một tấm bông ướt quét qua cùng đồ để loại bỏ các hạt của chất gây bông và

KM hoại tử, đặc biệt là trong trường hợp pH khó trở lại bình thường. Cần lộn mi bằng vành mi để phát hiện và loại bỏ các hạt ở cùng đồ sâu. Các hạt canxi hydroxit có thể dễ lấy hơn với một tấm bông nhúng EDTA.

4. Các dị vật axit hoặc bazơ vùi ở KM, GM, củng mạc, hoặc mô xung quanh có thể cần phẫu thuật để loại bỏ.

#### BÔNG NHẸ ĐẾN TRUNG BÌNH

##### Dấu hiệu

**Chính:** Những tổn hại biểu mô GM nhiều mức độ, từ bệnh GM chấm nông rải rác đến tổn hại biểu mô khu trú hoặc toàn bộ biểu mô. Không có các vùng thiếu máu cục bộ quanh rìa (tức là các mạch máu KM hoặc thượng củng mạc không bị trắng ra).

**Khác:** Các vùng tổn hại biểu mô KM khu trú, phù KM, xung huyết KM, xuất huyết KM, hoặc kết hợp các dấu hiệu này, phù mi nhẹ, phản ứng tiền phòng nhẹ, bông da quanh mắt độ 1 và độ 2, có thể mất lông mi.



**GHI CHÚ:** Nếu nghi tổn hại biểu mô nhưng không thấy bắt màu fluorescein thì cần nhuộm lại. Đôi khi tổn thương bắt màu chậm. Nếu tróc toàn bộ biểu mô chỉ còn màng Bowman, tổn thương sẽ kém bắt màu fluorescein.

##### Khám và xét nghiệm

1. Hỏi bệnh: Thời gian chấn thương? Loại hóa chất? Khoảng thời gian từ khi bị bông đến khi bắt đầu rửa mắt? Thời gian rửa, lượng nước rửa, và cách rửa? Bảo vệ mắt? Mẫu tác nhân, bao bì, nhãn, hoặc bảng chỉ dẫn an toàn hóa chất có ích cho việc nhận biết và điều trị tác nhân gây bông.

2. Khám đèn khe với nhuộm fluorescein. Lộn mi để tìm dị vật. Đánh giá những tổn hại hoặc loét KM và GM. Kiểm tra nhãn áp. Nếu có biến dạng GM thì nhãn áp có thể đo chính xác nhất bằng Tono-Pen, nhãn áp kế hơi, hoặc iCare. Có thể nắn tay nhẹ nhàng trên mi mắt nếu cần.

### Điều trị

1. **Xem Điều trị cấp cứu ở phần trên.**
2. Thuốc liệt thể mi (td. cyclopentolat 1% hoặc 2%, homatropin 5% 2 đến 3 lần/ngày) nếu sợ ánh sáng, đau hoặc viêm tiền phòng nhiều. Nếu nghi thiếu máu cục bộ vùng rìa thì không dùng phenylephrin vì nó có tính co mạch.
3. Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản dùng nhiều lần (td. 1 giờ/lần).
4. Có thể dùng steroid nhỏ mắt (td. prednisolon acetat 1%) 4 lần/ngày) để điều trị bổ sung cùng với kháng sinh trong 1 tuần ngay cả khi có tổn hại biểu mô, đặc biệt là nếu bong kiềm.
5. Thuốc giảm đau (td. acetaminophen có hoặc không có codein) nếu cần.
6. Nếu nhãn áp cao, dùng acetazolamit 250 mg uống 4 lần/ngày, acetazolamit 500 mg uống 2 lần/ngày, hoặc methazolamit 25 đến 50 mg uống 2 đến 3 lần/ngày. Theo dõi điện giải đồ, đặc biệt là kali, ở những bệnh nhân điều trị các thuốc này. Cùng với một thuốc chẹn  $\beta$  (td. timolol 0,5% 2 lần/ngày) nếu cần hạ nhãn áp thêm. Tránh dùng các thuốc chủ vận  $\alpha$  vì chúng gây co mạch, đặc biệt là khi có thiếu máu vùng rìa.

### Theo dõi

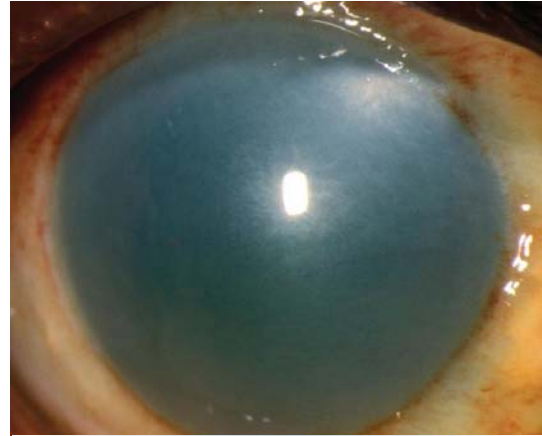
Hàng ngày, sau đó vài ngày một lần đến khi tổn thương GM hồi phục. Có thể dùng steroid nhỏ mắt nếu viêm nhiều. Theo dõi để phát hiện tổn hại biểu mô GM, mỏng nhu mô, và nhiễm trùng.

### BÔNG NẶNG

(Hình 3.1.1).

### Dấu hiệu

**Chính:** KM phù nhiều và trắng nhợt, GM phù và đục, phản ứng tiền phòng mức độ vừa đến nặng (có thể không thấy được nếu GM mờ đục).



Hình 3.1.1. Bong kiềm.

**Khác:** Nhãn áp cao, bong da mi xung quanh độ 2 hoặc độ 3, và hoại tử VM khu trú do chất kiềm xâm nhập trực tiếp qua cùng mạch.

### Khám và xét nghiệm

Giống như trong bong độ nhẹ đến trung bình.

### Điều trị

1. **Xem Điều trị cấp cứu ở phần trên.**
2. Đôi khi cần cho bệnh nhân nhập viện để theo dõi chặt chẽ nhãn áp và sự hồi phục GM.
3. Cắt lọc mô hoại tử chứa dị vật.
4. Thuốc liệt thể mi (cyclopentolat 1% hoặc 2% 2 - 3 lần/ngày, homatropin 5% 2-3 lần/ngày, hoặc atropin 5% 1-2 lần/ngày). Không dùng phenylephrin vì là thuốc co mạch.
5. Kháng sinh nhỏ mắt (td. trimethoprim/polymyxin B hoặc fluoroquinolon 4 lần/ngày, mỡ erythromycin hoặc bacitracin 4-9 lần/ngày). Thận trọng với ciprofloxacin và những tổn hại biểu mô rộng bởi vì thuốc có thể lắng đọng ở GM.
6. Steroid nhỏ mắt (td. prednisolon acetat 1% hoặc dexamethason 0,1% 4-9 lần/ngày) cùng với bảo vệ bằng kháng sinh ngay cả khi có tổn hại biểu mô, đặc biệt là nếu viêm nhiều ở tiền phòng hoặc GM. Có thể dùng một kháng sinh kết hợp steroid như tobramycin/dexamethason 2 giờ/lần.
7. Các thuốc hạ nhãn áp như trên nếu nhãn áp cao hoặc không thể đo được.