

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
CÁC BỆNH VỀ MẮT**

(ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015)

Hà Nội, 2015

Chủ biên

PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên

Đồng chủ biên

PGS. TS. Đỗ Như Hôn

PGS. TS. Lương Ngọc Khuê

Tham gia biên soạn

PGS. TS. Trần An

PGS. TS. Cung Hồng Sơn

PGS. TS. Hoàng Thị Minh Châu

PGS. TS. Phạm Khánh Vân

PGS. TS. Hà Huy Tài

PGS. TS. Vũ Thị Bích Thủy

PGS. TS. Nguyễn Chí Dũng

PGS. TS. Nguyễn Thị Thu Yên

PGS. TS. Phạm Trọng Văn

PGS. TS. Lê Kim Xuân

PGS. TS. Vũ Thị Thái

PGS. TS. Đào Thị Lâm Hường

TS. Nguyễn Xuân Hiệp

TS. Lê Thúy Quỳnh

TS. Nguyễn Quốc Anh

TS. Thẩm Trương Khánh Vân

TS. Hoàng Thị Thu Hà

TS. Lê Xuân Cung

TS. Phạm Ngọc Đông

Ths. Cù Thanh Phương

Ths. Lê Thị Ngọc Lan

Ths. Đặng Thị Minh Tuệ

Ths. Hồ Xuân Hải

Ths. Nguyễn Cảnh Thắng

Ths. Nguyễn Văn Huy

Ths. Nguyễn Kiên Trung

Thư kí biên soạn

Ths. Hoàng Minh Anh

Bs. Phan Thị Thu Hương

Ths. Nguyễn Đức Tiến

Ths. Ngô Thị Bích Hà

Ths. Trương Lê Vân Ngọc

MỤC LỤC	Trang
1. LIỆT VẬN NHÃN	5
2. NHƯỢC THỊ	10
3. LÒI MẮT	14
4. VIÊM TÔ CHỨC HỐC MẮT	18
5. VIÊM TÚI LỆ.....	23
6. KHÔ MẮT DO THIẾU VITAMIN A	27
7. BÓNG MẮT DO HÓA CHẤT	31
8. VIÊM KẾT MẠC CẤP.....	35
9. VIÊM KẾT MẠC ỨNG CẤP TÍNH	40
10. VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN	43
11. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM	52
12. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES.....	56
13. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO AMIP (ACANTHAMOEBA)	60
14. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO CẤP TÍNH Ở TRẺ EM	64
15. BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH	68
16. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU CHẤN THƯƠNG.....	73
17. GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT	78
18. GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT	85
19. TĂNG NHÃN ÁP SAU CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP	92
20. XUẤT HUYẾT NỘI NHÃN SAU CHẤN THƯƠNG	96
21. VIÊM MỦ NỘI NHÃN NỘI SINH.....	101
22. VIÊM MỦ NỘI NHÃN NGOẠI SINH	106
23. NHÃN VIÊM ĐỒNG CẢM.....	112
24. HỘI CHỨNG VOGT-KOYANAGI-HARADA.....	116
25. BỆNH HẮC VÔNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH	122
26. BỆNH TẮC TĨNH MẠCH VÔNG MẠC.....	126
27. TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÔNG MẠC	132
28. VIÊM THỊ THẦN KINH.....	136
29. TỖN THƯƠNG THẦN KINH THỊ GIÁC SAU CHẤN THƯƠNG.....	140

CÁC CHỮ VẾT TẮT

CNC: Cận nhãn cầu

CT: Computed Tomography (chụp cắt lớp vi tính)

DK: Dịch kính

KS: Kháng sinh

HVMTTTĐ: Hắc võng mạc trung tâm thanh dịch

MBĐ: Màng bồ đào

MKHQ: Mạch ký huỳnh quang

MRI: Magnetic resonance imaging (chụp cộng hưởng từ)

NA: Nhãn áp

NCVK: Nuôi cấy vi khuẩn

NVĐC: Nhãn viêm đồng cảm

PCR: Polymerase Chain Reaction (phản ứng khuếch đại gen)

OCT: Optical coherence tomography (Chụp cắt lớp võng mạc kết quang)

TMH: Tai mũi họng

RHM: Răng hàm mặt

ROP: Retinopathy of prematurity (Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non)

ST: Sáng tối (ST +: Sáng tối dương tính, ST -: Sáng tối âm tính)

XQ: X- quang

XHDK: Xuất huyết dịch kính

XHTP: Xuất huyết tiền phòng

UBM: Máy siêu âm sinh hiển vi

WHO: *World Health Organization* (Tổ chức Y tế Thế giới)

VMNN: Viêm mủ nội nhãn

VNN: Viêm nội nhãn

VTXNC: Vết thương xuyên nhãn cầu

LIỆT VẬN NHÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệt vận nhãn có biểu hiện lâm sàng đa dạng, phức tạp và là triệu chứng của nhiều bệnh lý tại mắt và toàn thân, có thể do liệt một hoặc nhiều cơ vận nhãn. Tùy theo nguyên nhân, vị trí và mức độ tổn thương mà có thể biểu hiện trên lâm sàng với các hình thái khác nhau, lác liệt hoặc liệt động tác liên hợp 2 mắt.

2. NGUYÊN NHÂN

a. Chấn thương

- Chấn thương sọ não: thường gây liệt dây thần kinh đơn độc, hay gặp liệt dây VI.
- Chấn thương hố mắt: thường hay gây liệt cơ hơn liệt dây thần kinh.

b. U não:

- Có thể gây tổn thương nhiều dây thần kinh

c. Tăng áp lực sọ não

- Thường gây liệt dây VI hai bên.

d. Bệnh lý mạch máu

- Phình động mạch do đái tháo đường, phình động mạch cảnh gây liệt thần kinh III, IV, VI.
- Tăng huyết áp, xuất huyết màng não do vỡ phình động mạch gây liệt vận nhãn.
- Thiếu năng động mạch sống nền gây liệt vận nhãn ở người cao tuổi.

e. Bẩm sinh

f. Bệnh lý thần kinh – cơ: Nhược cơ

g. Bệnh rối loạn chuyển hóa: Bệnh đái tháo đường

h. Các nguyên nhân khác

- Nhiễm khuẩn, nấm, virus
- Viêm: Bệnh xơ cứng rải rác, viêm đa rễ thần kinh
- Ngộ độc.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

- + Song thị
- + Lác mắt
- Triệu chứng thực thể

+ Song thị

- Là triệu chứng điển hình của lác liệt nhưng không phải trường hợp lác liệt nào cũng có song thị. Song thị gia tăng tối đa ở phía hoạt trường của cơ bị liệt. Độ lác càng lớn song thị càng rõ. Triệu chứng này có thể mất dần do hiện tượng trung hòa, ức chế hoặc xuất hiện tư thế bù trừ của đầu, cổ.

- Trong liệt dây III có thể song thị ngang đơn thuần nếu chỉ tổn nhánh chi phối cơ trực trong nhưng đa số là song thị đứng do phối hợp tổn thương cơ thẳng đứng hoặc cơ chéo bé.

- Trong liệt dây IV song thị đứng, tối đa khi nhìn xuống dưới vào trong.

- Trong liệt dây VI song thị ngang và là triệu chứng cơ năng làm cho bệnh nhân đến khám sớm.

+ Lác mắt

- Góc lác thay đổi ở các hướng nhìn khác nhau, góc lác lớn nhất khi nhìn về hướng tác dụng của cơ bị liệt.

- Độ lác nguyên phát (D1) nhỏ hơn độ lác thứ phát (D2). Đây là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán phân biệt với lác cơ năng.

+ Hạn chế vận nhãn

- Hạn chế vận động ở hoạt trường của các cơ bị liệt.

- Giai đoạn đầu của lác liệt thường có biểu hiện hạn chế vận nhãn của cơ bị liệt và giai đoạn sau có thể biểu hiện quá hoạt của cơ đối vận với cơ bị liệt.

- Trên lâm sàng khi thăm khám cần phải kiểm tra vận nhãn theo 9 hướng nhìn bao gồm: nhìn thẳng, nhìn sang phải, nhìn sang trái, nhìn lên trên, nhìn xuống dưới, nhìn trên phải, nhìn trên trái, nhìn dưới phải, nhìn dưới trái để xác định hạn chế vận nhãn và so sánh hai mắt.

+ Tư thế bù trừ

- Tư thế lệch đầu vẹo cổ để tránh song thị bằng cách đầu quay về phía hoạt trường của cơ bị liệt. Đối với liệt cơ thẳng ngang thì tư thế bù trừ thường là lệch mặt, liệt cơ thẳng đứng hoặc cơ chéo, tư thế bù trừ phức tạp và thường kèm theo lệch đầu, vẹo cổ, thay đổi tư thế cầm.

- Tư thế bù trừ còn chịu ảnh hưởng của những biến đổi thứ phát của các cơ phổi vận hay đồng vận nên ở giai đoạn sau của liệt vận nhãn bệnh cảnh lâm sàng không còn điển hình như giai đoạn đầu.

- Triệu chứng khác tại mắt

- + Bệnh nhân có thể rối loạn cảm giác giác mạc, giảm hoặc mất phản xạ đồng tử, giãn đồng tử, soi đáy mắt có thể có hình ảnh phù gai, xuất huyết. Bên cạnh đó cần phải làm một số khám nghiệm tại mắt như đo thị lực, nhãn áp (có thể cao), thị trường (thu hẹp, bán manh), đo độ lồi mắt.

- + Các khám nghiệm loại trừ nhược cơ như tests nước đá, test prostigmin, tensilon.

- Triệu chứng toàn thân

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây liệt vận nhãn có thể gặp cao huyết áp, liệt nửa người....

b. Cận lâm sàng

- Chụp XQ sọ não và hốc mắt.

- Chụp CT Scan sọ não hoặc cộng hưởng từ phát hiện khối u, phình mạch...

- Chụp mạch não có thuốc cản quang phát hiện phình mạch.

- Siêu âm nhãn cầu, hốc mắt.

- Xét nghiệm máu, chức năng tuyến giáp...

c. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán liệt vận nhãn

Dựa vào 4 triệu chứng là song thị, lác mắt, hạn chế vận nhãn và tư thế lệch đầu vẹo cổ.

- Chẩn đoán nguyên nhân, vị trí liệt vận nhãn

Thường rất khó bên cạnh việc dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng cần phối hợp với khám chuyên khoa thần kinh

- Chẩn đoán liệt dây thần kinh III, IV, VI

- + Liệt dây thần kinh III:

- Thường có biểu hiện sụp mi 1 hoặc 2 bên.

- Lác ngoài, có thể chỉ lác ngang đơn thuần hoặc lác đứng phối hợp nếu có tổn thương cơ thẳng đứng hoặc cơ chéo.

- Song thị có thể mất trong trường hợp sụp mí nặng, có thể song thị ngang đơn thuần nhưng đa số là song thị đứng do tổn thương phối hợp cơ thẳng đứng hoặc chéo bé.

- Hạn chế vận nhãn trên, dưới và trong.
- Có thể có dẫn đồng tử do liệt cơ co đồng tử.
- + Liệt dây thần kinh IV:
 - Song thị đứng, song thị tối đa khi nhìn xuống dưới, vào trong.
 - Hạn chế vận nhãn xuống dưới, vào trong.
 - Tư thế bù trừ đầu nghiêng sang bên không có cơ bị liệt, cằm gập xuống.
 - Trong liệt dây IV bẩm sinh thấy không có sự cân xứng của khuôn mặt.
 - Nghiệm pháp Bielchowsky (+).
- + Liệt dây thần kinh VI:
 - Song thị ngang và là triệu chứng làm cho bệnh nhân đến sớm với thầy thuốc.
 - Hạn chế vận nhãn ngoài.
 - Lác trong.

d. Chẩn Đoán Phân Biệt

Trên lâm sàng cần phân biệt lác liệt với lác cơ năng

- Nguyên nhân của lác cơ năng thường do di truyền, tật khúc xạ không được chỉnh kính...

- Trong lác cơ năng thường có giảm thị lực một bên và đặc biệt góc lác hằng định ở mọi hướng nhìn. Tuy nhiên với những trường hợp lác cơ năng lâu ngày, độ lác lớn rất khó phân biệt với lác liệt.

4. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Tìm và điều trị nguyên nhân
- Điều trị triệu chứng.
- Kết hợp nhiều phương pháp (có thể điều trị ngoại khoa khi cần thiết).

2. Điều trị cụ thể

Áp dụng trong giai đoạn liệt cấp tính nhằm tránh song thị, cải thiện vận nhãn, đề phòng tư thế bù trừ và nhược thị.

- Điều trị nguyên nhân và phối hợp với các chuyên khoa khác.

- Châm cứu
 - Điều trị tại mắt:
 - + Bịt mắt luân phiên: hạn chế song thị
 - + Đeo lăng kính: bảo tồn hợp thị và tránh song thị
 - + Tập vận nhãn theo các hướng
 - + Tiêm thuốc Botulium toxin type A: liều 1,5 đơn vị - 2,5 đơn vị/0,1ml.
- Tiêm vào thân cơ đối vận với cơ bị liệt, tiêm một liều duy nhất, sau 6 tháng tiêm nhắc lại.
- + Vitamin liều cao.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiến triển phụ thuộc vào nguyên nhân, vị trí và mức độ tổn thương.
- 30% các trường hợp có thể tự hồi phục.
- Nếu điều trị muộn, điều trị không đúng có thể để lại các biến chứng lác, sụp mi, lệch đầu vẹo cổ ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

6. PHÒNG BỆNH

Phát hiện và điều trị sớm các nguyên nhân có thể gây liệt vận nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthurl. Rosenbaum, Alvina Pauline Santiago (1999), *Other paralytic strabismus*, Clinical strabismus management principles and surgical techniques, pp 249-271.
2. Edward M. Wilson (2008), *General principles in the surgical treatment of paralytic strabismus*, Pediatric Ophthalmology, pp179-192.
3. Kenneth W. Wright (2003), *Complex strabismus: restriction, paresis, dissociated strabismus, and torticollis*, Pediatric Ophthalmology and strabismus, pp 250-277.
4. Kenneth W. Wright (2007), *Cranial nerve palsies*, Color atlas of strabismus surgery, pp.76-86.
5. Leonard B. Nelson, Scott E. Olitsky (2005), *Strabismus Disorder*, Harley pediatric ophthalmology, pp 143-192.

NHUỘC THỊ

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhuộc thị là tình trạng giảm thị lực ở một hoặc hai mắt hoặc có sự khác biệt thị lực giữa hai mắt trên 2 dòng sau khi đã được điều chỉnh kính tối ưu hoặc điều trị được nguyên nhân, có thể là nhược thị cơ năng hoặc nhược thị thực thể .

2. NGUYÊN NHÂN

– Các bệnh gây cản trở trục quang học thị giác: khi có sự che khuất trục thị giác của mắt như sụp mi, sẹo giác mạc, di chứng màng đồng tử, đục thể thủy tinh bẩm sinh, tổn hại dịch kính...

– Bệnh lác mắt

– Tật khúc xạ: Hay gặp trên mắt có tật khúc xạ cao, đặc biệt trên những mắt viễn thị và loạn thị cao.

– Lệch khúc xạ: Khúc xạ hai mắt không đều nhau, thường chênh lệch trên 2D có thể gây nhược thị ở mắt có khúc xạ cao hơn .

– Có thể do đồng thời nhiều nguyên nhân phối hợp.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

– Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ một hoặc hai mắt, mỗi mắt, có thể kèm theo lác, sụp mi.

– Triệu chứng thực thể.

+ Giảm thị lực: ở một mắt hoặc cả hai mắt sau khi chỉnh kính, hoặc chênh lệch thị lực 2 mắt ≥ 2 hàng thị lực. Ở trẻ nhỏ không thử được thị lực thì dựa vào sự định thị của mắt và khả năng nhìn theo đồ vật.

+ Hiện tượng đám đông: bệnh nhân đọc từng chữ từng mắt rời rạc dễ dàng hơn khi đọc nguyên hàng chữ.

+ Có thể có lác mắt, mắt không có khả năng định thị hoặc định thị ngoại tâm.

+ Khám có thể phát hiện được nguyên nhân.

b. Cận lâm sàng

– Siêu âm nhãn cầu có thể phát hiện được nguyên nhân.

– Điện võng mạc giúp chẩn đoán nguyên nhân.

c. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các dấu hiệu giảm thị lực ở một hoặc hai mắt sau khi chỉnh kính thị lực < 20/30 hoặc chênh lệch thị lực hai mắt ≥ 2 hàng.

d. Chẩn đoán mức độ:

Trên lâm sàng dựa vào thị lực chia làm 3 mức độ

- Nhược thị nhẹ khi thị lực từ 20/40 đến 20/30
- Nhược thị trung bình khi thị lực từ 20/200 đến 20/50
- Nhược thị nặng khi thị lực dưới 20/200

e. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý gây giảm thị lực như

- Viêm thị thần kinh: giảm thị lực một hoặc hai mắt với nhiều mức độ khác nhau, có thể kèm đau trong hốc mắt hoặc đau khi vận nhãn, đĩa thị có thể cương tụ, phù từng phần hoặc toàn bộ, chụp CT scan có thể thấy thị thần kinh to hơn bình thường.

- Mù vỏ não: mất mắt hoàn toàn cảm giác đối với ánh sáng nhưng không có tổn thương thực thể nào thấy được, mất phản xạ quy tụ - điều tiết, mất phản xạ hướng mắt theo ánh sáng.

- Hysteria.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc chung

- Hạn chế sử dụng mắt lành
- Kích thích và tạo điều kiện cho mắt nhược thị được sử dụng để có thể phát triển thị giác bình thường.
- Giải quyết triệt để các nguyên nhân gây nhược thị.

b. Điều trị cụ thể

- Hạn chế sử dụng mắt lành:
- + Phương pháp bịt mắt
 - Dán băng trực tiếp che mắt, dán băng che lên trên mắt kính, sử dụng kính tiếp xúc mờ hoặc đục.
 - Thời gian bịt mắt: bịt hoàn toàn trong ngày (nhược thị nặng), bịt hoàn toàn trừ 1 giờ 1 ngày, bịt 1/2 thời gian lúc thức (trẻ dưới 1 tuổi).

- Thời gian theo dõi: một tuần cho 1 năm tuổi, ví dụ trẻ 1 tuổi theo dõi sau 1 tuần, trẻ 2 tuổi theo dõi sau 2 tuần, trẻ 3 tuổi theo dõi sau 3 tuần, từ 4 tuổi trở lên theo dõi sau 1 tháng.

- Phải kiểm tra mắt lành tránh nhược thị đảo ngược và kiểm soát sự cải thiện thị lực của mắt bị nhược thị

- + Phương pháp gia phạt: mục đích làm mờ hình ảnh mắt lành bằng cách dùng thuốc hoặc kính.

- Dùng Atropin 1% tra mắt lành mỗi ngày 1 giọt, phương pháp này thường chỉ dùng ở trẻ nhỏ.

- Gia phạt gần: dùng Atropin 1% tra vào mắt lành một giọt mỗi ngày và không chỉnh kính nếu có tật khúc xạ, trong khi đó cấp kính đủ số cho mắt bị nhược thị.

- Gia phạt xa: thặng chỉnh kính (thặng chỉnh lên ít nhất + 3D) đối với mắt lành làm cho mắt này chỉ nhìn gần mà nhìn xa không rõ.

- Gia phạt toàn bộ: tra Atropin hàng ngày và thặng chỉnh kính ở mắt lành, mắt nhược thị chỉnh kính bình thường.

Để tránh nhược thị đảo ngược cần theo dõi sát bệnh nhân theo nguyên tắc 1 tuần cho 1 năm tuổi, dùng gia phạt nếu thấy giảm thị lực ở mắt lành.

- Kích thích sử dụng mắt nhược thị

- + Điều chỉnh tật khúc xạ: đối với trẻ em cần nhỏ thuốc liệt điều tiết để đo khúc xạ. Cấp kính đủ số với mắt bị nhược thị, đeo kính thường xuyên.

- + Kích thích mắt nhược thị

- Xâu hạt cườm

- Tập đồ hình

- Tập trên máy Synoptophone

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Phụ thuộc vào các yếu tố sau

- Tuổi bắt đầu điều trị: Điều trị càng sớm kết quả càng cao.

- Nguyên nhân: nhược thị do tật khúc xạ ít khi bị nặng vì thường đã được phát hiện và chỉnh kính sớm. Nhược thị do lệch khúc xạ tiên lượng tốt hơn nhược thị do lác, nếu nhược thị do nhiều nguyên nhân phối hợp tiên lượng rất kém.

- Mức độ nhược thị: Nhược thị nhẹ tiên lượng tốt hơn nhược thị nặng.

- Kiểu định thị: Định thị trung tâm tiên lượng tốt hơn định thị ngoài tâm.

- Thị giác hai mắt: Có thị giác hai mắt tiên lượng tốt hơn.