**MỤC LỤC**

Nội dung Trang

[VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM 2](#_Toc529450008)

[BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT 4](#_Toc529450009)

[RÁCH KẾT MẠC 8](#_Toc529450010)

[VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG 9](#_Toc529450011)

[VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG 11](#_Toc529450012)

[VIÊM GIÁC MẠC DO HSV 13](#_Toc529450013)

[KHÔ MẮT 16](#_Toc529450014)

# **VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM**

**I. Thuốc Dùng Tại Mắt: thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%**

\* Natamycin 5% (Col. Natamycin, Natadrop, Euronicin 5%) nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và duy trì đến khi lành.

\* Nếu không đáp ứng lâm sàng thì kết hợp thêm:

• Nấm sợi : Fluconazole ( Col. Zocon 0.3% )

• Nấm men: Amphotericine B ( Col. Fungizone 0.15% )

**II. Thuốc Toàn Thân: dùng trong VGM sâu, nặng: viêm củng mạc; viêm nội nhãn**

\* Ketoconazole 200mg: (Ketoconazole, Nizoral )

• Liều 200mg x 2 lần / ngày

• Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần ( có thể kéo dài đến 2 tháng )

\* Itraconazole 100mg : ( Sporal )

• Liều 200mg x 1 lần / ngày

• Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tuần ( có thể kéo dài tùy bệnh trạng )

• Tiêm Amphotericine B 5g/0,1ml nhu mô

**III. Điều Trị Phụ Trợ:**

\* Col.Atropin 1% x 2 lần / ngày

\* Cạo biểu mô giác mạc 24 - 48 giờ/ lần

\* Gọt bề mặt vết loét

\* Chấm Betadin 5%/ ngày

\* Thuốc bảo vệ gan mật ( Bar )

\* Vitamin nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp nếu có tăng áp

\* Chú ý: , , ,

\* Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa ăn để được hấp thu tối đa

\* Làm xét nghiệm chức năng gan sau 3 tuần dùng kháng nấm uống

\* Đổi thuốc kháng nấm nếu không thấy hiệu quả sau 2 tuần điều trị

\* Tiêm DKM chỉ dùng trong loét nặng, viêm củng mạc, viêm nội nhãn

\* Tác dụng hiệp đồng: Col Fungizone 0.15% + Rifamycine tiêm DKM

# **BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT**

**I. Triệu Chứng**

**1. Chủ Quan:**

- Cộm xốn, kích thích, đau nhức.

- Nhìn mờ.

**2. Khách Quan:**

**A) . Bỏng Kiềm Và Acid Nhẹ: có cùng triệu chứng lâm sàng.**

- Xung huyết và phù mọng KM khu trú.

- Đốm XHKM quanh rìa củng mạc, hoặc rộng.

- Thiếu máu rìa (-), gián đọan dòng máu nuôi KM và thượng CM (-).

- Mờ nhẹ biếu mô GM nguyên vẹn, ± tróc biếu mô rải rác.

- Nặng hơn, bề mặt GM mờ, nhuộm fluorescein,

- Nhu mô vẫn trong hoặc chỉ phù nhẹ.

- TP sâu bình thương, thủy dịch trong, ± cell và flare.

- Thủy tinh thể trong.

- Nhãn áp bình thương.

**B) . Bỏng Trung Bình**

- Thương kèm tổn thương da quanh mắt.

- Phù mọng kết mạc.

- Mạch máu KM &TCM trắng rải rác, dòng máu chảy qua ở vùng bị tắc mạch (-).

- BMGM mất hoàn toàn, phù dày trung bình, đục nhu mô.

- Các chi tiết mống mắt và bờ đồng tử vẫn còn nhìn thấy hoặc mờ một phần.

- Thương có phản ứng tiền phòng

- Tăng nhãn áp tạm thời.

- Thể thủy tinh lúc đầu còn trong, có thể đục về sau.

**C) . Bỏng Nặng:**

- Có thể bỏng mi mắt, trán, má và mũi (# bỏng nhiệt độ 2 và 3).

- Phù mọng toàn bộ, khiếm dưỡng rìa nhiều.

- GM phù dày; đục toàn bộ hoặc trong mờ, không thấy các chi tiết mống mắt, đồng tử, hoặc thể thủy tinh.

- P/ứ TP rõ, VMBĐ. Tuy nhiên, do GM đục, có thể không thấy cell và flare.

- Tăng nhãn áp rõ.

- Sau vài ngày, có thể xuất huyết ít ở vùng trắng thiếu máu TCM và ngoại vi GM trước đó.

- Ngấm kiềm CM có thể gây hoại tử VM

**II. Nguyên Nhân Bỏng Mắt Do Hóa Chất:**

- Chất tẩy rửa, làm sạch.

- Acid bình động cơ xe, bỏng kèm các mảnh vỡ do nổ. Sulíuric acid 25%, hydrogen và oxygen từ quá trình điện phân tạo thành hỗn hợp gây nổ.

- Kiềm phổ biến: calcium hydroxide (vôi), potassium hydroxide (bồ tạt), sodium hydroxide (xút), và ammonium hydroxide (ammoniac).

**III. Phân Độ Bỏng Trong Cấp Cứu:**

**1. Độ I: tiên lượng tốt.**

- Giác mạc trong.

- Không thiếu máu vùng rìa.

**2. Độ II: Tiên Lượng Khá.**

- Giác mạc mờ nhưng vẫn thấy được các chi tiết của mống mắt.

- Thiếu máu vùng rìa dưới 1/3 chu vi (120o).

**3. Độ III: Tiên Lượng Dè Dặt.**

- Mất toàn bộ biểu mô giác mạc.

- Đục nhu mô, không thấy được các chi tiết của mống mắt.

- Thiếu máu vùng rìa từ 1/3 - V chu vi (120o - 180o).

**4. Độ IV: Tiên Lượng Rất Xấu.**

- Đục giác mạc.

- Thiếu máu vùng rìa trên Vì chu vi (\* 180o).

**IV. Điều Trị Bỏng Mắt Do Hóa Chất:**

**1. Xử trí cấp cứu:**

- Lấy hết tất cả ngoại vật khỏi mắt. Rửa sạch cùng đồ với thuốc nhỏ mắt Eíticol.

- Đo độ pH bằng giấy quỳ.

- Dẫn lưu rửa mắt bằng dung dịch Lactate Ringer hoặc nước muối sinh lý (NaCl

0,9%) ít nhất 500 ml trong khoảng 30 phút.

- Kiểm tra lại độ pH sau 10 phút và cần rửa tiếp tục cho đến khi độ pH trở về bình thương (từ 7,0 - 7,5).

**2. Điều Trị Nội Khoa:**

(1) Giảm đau: Idarac 0.2g (1v x 2lần/ngày) hoặc Paracetamol 0.5g (1v x 3lần/ngày)

(2) Chống nhiễm trùng: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh 3 lần / ngày.

(3) Chống dính mống mắt: Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 1 lần / ngày.

(4) Chống viêm nhuyễn gíac củng mạc và chống dính mi cầu:

- Doxycycline 0.1g 1v x 2 lần/ngày (uống).

- Thuốc mỡ tra mắt (pde) Tetracycline 1% 4 lần/ngày.

(5) Chống tăng áp (nếu có): Acetazolamide 0.250g uống 1v x 3 lần/ngày.

(6) Chống viêm:

- Thuốc nhỏ mắt Steroid: 4-6 lần / ngày (trong 7 ngày đầu).

- Hoặc Thuốc nhỏ mắt Ocuíen hay Indocollyre 3 lần/ngày (sau 7 ngày).

(7) Làm lành sẹo:

- Thuốc nhỏ mắt Vitamine C hoặc Keratyl hay nước mắt nhân tạo (Sanlein, Refresh Plus): 4 lần / ngày.

- Vitamine C 0.5g 1v x 4 lần/ngày (uống).

(8) Tăng cường dinh dưỡng: tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc nếu khiếm dưỡng vùng rìa nhiều hoặc hoại tử kết mạc.

**V. Theo Dõi**

(a) . Bỏng nhẹ thương lành hoàn toàn:

- BMGM tái tạo, phù nhu mô giảm dần. XHKM và mảng phù mọng tự hết.

(b) . Bỏng trung bình:

- GM tái tạo BM chậm, nhất là ở các vùng trắng rìa và mạch máu thượng củng mạc. GM vẫn phù mờ.

- VMBĐ kéo dài dù có dùng thuốc.

(c) . Bỏng tiến triển bán cấp, hàng tuần đến hàng tháng.

- Tan nhuyễn dần mắt do viêm tiến triển, có hủy protein, tân mạch, và đục GM.

- Glôcôm thứ phát do dính mống trước và làm sẹo vùng bè có thể gây mất thị lực.

- Dính mi cầu bắt đầu ở pha bán cấp.

# **RÁCH KẾT MẠC**

**RÁCH DA MI KHÔNG PHỨC TẠP DO CHẤN THƯƠNG.**

I. **XÉT NGIỆM TIỀN PHẪU:**

**XN Máu : CTM, TS,TC.**

Khám tiền mê.

**II. PHẪU THUẬT :**

**❖ KHÂU KẾT MẠC :**

- Khâu kết mạc vicryl 8/0.

- Tra thuốc mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

Hậu phẫu : Kháng sinh, khánh viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bẩn, có thể cho thêm kháng sinh tòan thân 5 ngày Kháng viêm 5ngày ( Nofux)

Giảm đau 1 -2 ngày.

**❖ KHÂU DA MI :**

- Khâu da mi : Nylol 7/0

- Tra mỡ kháng sinh

- Băng mắt

Hậu phẫu : Kháng sinh, khánh viêm nhỏ tại chỗ.

Nếu bẩn, có thể cho thêm kháng sinh tòan thân 5 ngày Kháng viêm 5ngày ( Nofux)

Giảm đau 1-2 ngày.

**III. HẬU PHẪU:**

Sau khi tỉnh mê, có thể xuất viện, hẹn hôm sau tái khám và 1tuần sau tái khám. Kháng sinh nhỏ tại chỗ 4 - 6 lần / ngày.

Nếu vết rách bẩn có thể cho thêm kháng sinh kháng viêm uống 5 ngày.

# **VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG**

**I. Kháng Sinh Nhỏ Mắt: tùy theo phân loại sang thương, dựa trên nguy cơ ảnh hưởng đến thị lực:**

1. Ít Nguy Cơ Giảm Hoặc Mất Thị Lực: những thâm nhiễm nhỏ, không nhuộm màu ở chu biên giác mạc với phản ứng tiền phòng và xuất tiết tối thiểu:

\* Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Ciproíloxacin) mỗi 2-4 giờ.

2. Nguy Cơ Trung Bình: ổ thâm nhiễm kích thước trung bình (đường kính 1-

1.5mm) ở chu biên giác mạc, hoặc bất cứ thâm nhiễm nào có kích thước nhỏ hơn nhưng có tróc biểu mô đi kèm, phản ứng tiền phòng nhẹ và xuất tiết trung bình:

\* Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Ciprofloxacin) nhỏ mỗi giờ.

3. Đe Dọa Thị Lực: những ổ thâm nhiễm lớn hơn 1-2mm, nằm trên trục thị giác,

không đáp ứng với điều trị ban đầu: không nên dùng fluoroquinolone đơn trị liệu, phải dùng kháng sinh phối hợp gram dương + gram âm:

\* Fluoroquinolone + aminoglycosides (Tobramycin, Gentamycin)

\* Fluoroquinolone/Tobramycin/Gentamycin + Cefazolin /Vancomycin.

\* Ngoại trừ fluoroquinolone có thể dùng loại thuốc nhỏ mắt có nồng độ có sẵn trên thị trường, các thuốc kháng sinh khác phải được tăng nồng độ, như Tobramycin/Gentamycin là 15 - 20mg/ml và Cefazolin /Vancomycin là 50mg/ml.

\* Nên dùng Vancomycin cho những trường hợp các vi khuẩn kháng thuốc hoặc những bệnh nhân dị ứng với Penicillin hoặc Cephalosporin.

+ Liều tấn công: 1 giọt mỗi 2 phút X 5 liều, sau đó nhỏ mỗi 30 phút. Ban đêm: nhỏ 1 giọt mỗi 1 phút X 3 liều, 4 giờ sau lập lại 3 liều như trên, sau đó nhỏ mỗi 30 phút.

Chú ý:

\* Nếu không đáp ứng điều trị, dựa vào kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.

\* Ngưng kháng sinh nhỏ 7-10 ngày sau khi lành loét.

\* Nếu do Pseudomonas thì dùng thêm 3-4 tuần (loại có nồng độ có sẵn trên thị trường).

**II. Thuốc Tiêm Dưới Kết Mạc:**

- Chỉ định: loét dọa thủng khi không đảm bảo liều nhỏ tấn công thuốc kháng

sinh tăng nồng độ do bệnh nhân tuân thủ kém.

- Gentamycin, Cefazolin hoặc Vancomycin tiêm mỗi 12 - 24 giờ tại các vị trí kết mạc khác nhau trong 24 - 48 giờ.

**III. Kháng Sinh Toàn Thân:**

- Chỉ định: nhiễm trùng lan ra củng mạc, loét thủng hoặc có viêm mủ nội nhãn: íluoroquinolone đường uống.

- Kháng sinh toàn thân cũng cần thiết trong những trường hợp nhiễm Neisseria và Haemophilus (Ceftriaxone 1g tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, mỗi 12-24 giờ) để ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng toàn thân.

**IV. Điều Trị Hỗ Trợ:**

- Giảm đau: Acetaminophen hoặc các thuốc giảm đau khác.

- Liệt thể mi (Atropin 1% X 2 lần/ngày)

- Hạ nhãn áp nếu có tăng nhãn áp

- Nâng tông trạng

# **VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG**

1. **LÂM SÀNG :**

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt,chảy nước mắt.

- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.

- Có tiền sử chấn thương , bụi

- Trên giác mạc có đốm , mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhở, thẩm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên.

**2. CẬN LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:**

Lấy chất tiết, cạo vết loét:

- Soi tươi tìm nấm.

- Cấy, kháng sinh đồ .

**3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:**

• Nhỏ Kháng Sinh Tại Chỗ:

Tùy sang thương cho kháng sinh : Tobramycin, Quinolone, Gentamycin ... nhỏ từ 6 lần đến mỗi giờ trong ngày đầu tùy vết lóet nặng hay nhẹ.

Sau khi có kết quả kháng sinh đồ thì điều chỉnh theo kháng sinh đồ.

• Kháng sinh tòan thân:

• Nâng đỡ tổng trạng: Vitamin A, C, B.

**I. LÂM SÀNG VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:**

- Đau nhức mắt, sợ sáng, đỏ mắt,chảy nước mắt.

- Cảm giác cộm xốn như có dị vật. Tiết ghèn nhiều.

- Có tiền sử chấn thương , đặc biệt là do tác nhân là thực vật như bị lá lúa, cành cây quẹt vào mắt. Có bệnh mãn tính, dùng thuốc không rõ loại.

- Trên giác mạc có đốm , mảng màu trắng xám trong nhu mô, bờ nham nhở, thẩm lậu nhu mô có thể hơi nhô lên. Có thể có tổn thuơng vệ tinh.

- Phản ứng tiền phòng, ngấn mủ - mủ tiền phòng

**II. CẬN LÂM SÀNG:**

Lấy chất tiết, cạo ổ loét:

- Soi tươi tìm nấm.

- Cấy, kháng sinh đồ đề phòng bội nhiễm

**III. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO VI TRÙNG:**

• Thuốc dùng tại mắt :

- Thuốc điều trị đầu tay là Natamycin 5%:

- Natamycin 5% nhỏ mỗi giờ trong ngày đầu sau đó giảm liều và duy trì đến khi lành Nếu không đáp ứng lâm sàng co thể kết hợp thêm:

+ Nấm sợi : Funconazole 0,3% ( Coll. Zocon 0,3%)

+ Nấm men : AmphotericineB ( Coll. Fungizone 0,15%)

• Thuốc dùng toàn thân : Dùng trong VGM sâu, nặng, Viêm củng mạc, Viêm nội nhãn.

- Ketoconazole 200mg ( Ketoconazle, Nizoral)

- Intraconazole 100mg ( Sporal)

- Điều trị trong 21 ngày.

• Điều trị phụ trợ:

- Coll. Atropin 0,5% x 2 lần/ngày.

- Gọt bề mặt vết loét.

- Chấm Betadin 5%.

- Vitamine nâng tổng trạng.

♦♦♦ Chú Ý :

- Thuốc kháng nấm nên uống vào giữa bữa an để được hấp thu tối đa.

- Làm XN chức năng gan sau 2 tuần dùng thuốc kháng nấm uống.

- Đổi thuốc kháng nấm nếu thấy không hiệu quả sau 2 tuần điều trị

# **VIÊM GIÁC MẠC DO HSV**

**I. TRIỆU CHỨNG VIÊM GIÁC MẠC DO HSV**

1. Chủ Quan: Chảy nước mắt, giảm thị lực, chói. Tiền sử đã bị nhiều lần.

2. Khách Quan:

- Tổn thương da mi: mụn nước

- Viêm kết mạc

- Bệnh lý ở biểu mô giác mạc

• Viêm giác mạc chấm

• Viêm giác mạc hình cành cây

• Viêm loét giác mạc hình bản đồ

- Loét do loạn dưỡng thần kinh: ổ loét vô trùng, bờ nhẵn trên vùng nhu mô bị tổn thương dai dẳng.

- Bệnh ở nhu mô giác mạc

• Viêm giác mạc hình đĩa

• Viêm giác mạc nhu mô hoại tử

- Viêm màng bồ đào, viêm nội mô

**II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

1. Viêm giác mạc do Herpes Zoster

2. Tróc giác mạc tái phát

**III. NGUYÊN NHÂN: HSV1**

**IV. CẬN LÂM SÀNG - PCR**

**V. ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO HSV**

1. Tổn Thương Da Mi:

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Chườm ấm 3 lần/ngày

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

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

2. Bệnh Lý Biểu Mô Giác Mạc:

- Pde Zovirax 3% tra 5 lần/ngày

- Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày

- Cạo biểu mô

- Có thể uống Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Nếu loét dạng bản đồ thêm kháng sinh phổ rộng phòng ngừa.

- Nếu loét rìa thêm corticoid tại chỗ sau khi đã khởi đầu điều trị với kháng virus tại chỗ vài ngày.

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

3. Loét Do Loạn Dưỡng Thần Kinh: điều trị chủ yếu là dinh dưỡng và ngừa bội nhiễm

- Ngưng thuốc kháng virus tại chỗ

- Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản

- Kháng sinh phổ rộng dự phòng

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

4. Bệnh Nhu Mô Giác Mạc:

- Viêm giác mạc hình đĩa:

• Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày

• Col. Predfort 1% x 4 lần/ngày

• Acyclovir 0.2g 2viênx 2 lần/ngày

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

- Viêm giác mạc nhu mô hoại tử

• Acyclovir 0.2g 1viênx 5 lần/ngày và pde tại chỗ điều trị trước vài ngày

• Điều trị giống viêm giác mạc hình đĩa với corticoid và theo dõi sát tình trạng loét.

• Trường hợp biến chứng thủng có thể dán keo hoặc ghép màng ối

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

5. Bệnh Nội Mô Giác Mạc, Viêm Màng Bồ Đào

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày trong vài ngày sau đó có thể điều trị giống viêm nhu mô giác mạc.

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

6. Viêm Giác Mạc Do HSV Tái Phát: có từ 2 lần bị viêm giác mạc trở lên

- Acyclovir 0.2g 1-2 viên x 5 lần/ngày

- Trường hợp bị Viêm giác mạc bệnh lý biểu mô tái phát trên 2 lần/ năm có thể dùng Acyclovir 0.2g 2 viên x 2 lần/ngày trong thời gian dài.

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

**VI. THEO DÕI VIÊM GIÁC MẠC DO HSV**

- Đánh giá bệnh nhân từ 2-7 ngày dựa vào kích thước tổn thương biểu mô, ổ loét, chiều dày giác mạc, phản ứng tiền phòng và nhãn áp.

- Thuốc kháng virus sử dụng 5 lần ngày trong 7-14 ngày, sau đó giảm 4 lần ngày trong 4 ngày. Không dùng quá 21 ngày ngay khi cả viêm loét chưa lành.

- Trong tổn thương nhu mô giác mạc, steroid tại chỗ cần giảm liều từ từ, và từ nồng độ cao- thấp.

+ Col. Predfort 1%, Col. Lotepredrol 0.5% và Col. FML 0.1%

+ Thuốc kháng virus tại chổ và toàn thân được sử dụng cho đến khi steroid sử dụng 1 lần/ 1 ngày. Thời gian có thể kéo dài từ 6-8 tuần.

- Có thể dùng kháng virus toàn thân lâu dài Acyclovir 0.2g 2 viên x 2 lần/ngày nếu tiền sử bị tái phát nhiều lần. Khi đó phải theo dõi chức năng gan thận.

- Trường hợp tăng áp điều trị kết hợp Col.Timolol 0.5% 2 lần ngày và Acetazolamide 0.25g

# **KHÔ MẮT**

