

Số: /QĐ-YTNH

Ninh Hòa, ngày tháng 11 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị chuyên ngành Mắt
Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

Căn cứ Quyết định số 2197/QĐ-UBND, ngày 03 tháng 8 năm 2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa trên cơ sở sáp nhập Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình thị xã Ninh Hòa vào Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa;

Căn cứ Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 21/2013/TT-BYT, ngày 08 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt;

Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc và điều trị của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là 04 phác đồ chuyên ngành Mắt thực hiện tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Phác đồ xử trí Viêm loét giác mạc do vi khuẩn;
- Phác đồ xử trí Viêm giác mạc do Herpes;
- Phác đồ xử trí bỏng mắt do hóa chất;
- Phác đồ xử trí Khô mắt.

Điều 2. Phác đồ điều trị này được áp dụng tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa và các đơn vị trực thuộc, giao cho Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các đơn vị trực thuộc chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Lưu: VT, KHNH.

GIÁM ĐỐC

Trịnh Tiến Khoa

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

II. NGUYÊN NHÂN

Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc

1. Vi khuẩn Gr(+): *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Mycobacterium*, *Nocardia*...

2. Vi khuẩn Gr(-): *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella*, *Hemophilus influenza*,...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
 - + Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
 - + Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.
- Triệu chứng thực thể
 - + Kết mạc cương tụ rìa.
 - + Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bẩn. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.
 - + Giác mạc xung quanh ổ loét bị thâm lậu.
 - + Móng mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

2. Cận lâm sàng

- Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.
- Soi tươi: Thấy có vi khuẩn.
- Soi trực tiếp: Xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).

3. Chẩn đoán xác định

- Ổ loét giác mạc có đặc điểm: Bờ nhám nhỏ, ranh giới không rõ, đáy thường phủ lớp hoại tử bẩn, giác mạc xung quanh thâm lậu nhiều.
- Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.
- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

- Thuốc tra mắt:
 - + Nếu do vi khuẩn gram (-): Tobramycin 0,3% hoặc levofloxacin 0,5%
 - + Nếu do vi khuẩn gram (+): Ofloxacin 0,3% hoặc Moxifloxacin 0,5% . Cách dùng: Ngày đầu có thể tra mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau tra mắt 10 lần/ ngày.
- Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau
 - + Cefuroxime axetil 250 mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.
 - + Ofloxacin 0,2 g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày
 - + Truyền rửa mắt liên tục trong những trường hợp nặng bằng kháng sinh (Gentamycin 4mg x2 ống) và nước nuôi sinh lý (nacl 0,9%) x 200 ml.
- Điều trị phối hợp
 - + Chống viêm non-steroid: Tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.
 - + Giảm đồng tử, liệt cơ mi: Dùng atropin 1- 4 % tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính màng mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.
- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.
- Hạ nhãn áp: Khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống Acetazolamide 250 mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống Kali chloride 0,6 g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.
- Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiến triển

Loét giác mạc do vi khuẩn là một bệnh nặng, nhất là những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng Corticoid trước đó. Khi bệnh khởi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

2. Biến chứng

- Loét giác mạc dọa thủng (phồng màng Descemet).
- Tăng nhãn áp.
- Trường hợp nặng có thể gây loét thủng giác mạc, viêm mủ nội nhãn.

VI. PHÒNG BỆNH

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.
- Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

- Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hở mi,...

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
2. Phác đồ điều trị nhãn khoa lâm sàng Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh năm 2008./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm giác mạc do herpes là hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm và hoại tử gây tổn thương mắt tổ chức giác mạc do herpes.

II. NGUYÊN NHÂN

Do virus herpes có tên khoa học là herpes simplex virus (HSV) thuộc họ herpes viridae. Herpes có 2 type: type 1 (HSV-1) gây bệnh ở nửa trên cơ thể từ thất lưng trở lên (gây viêm loét giác mạc), type 2 (HSV-2) gây bệnh ở nửa dưới cơ thể từ thất lưng trở xuống. Tuy nhiên, có trường hợp HSV-2 gây bệnh ở mắt do mắt bị nhiễm dịch tiết đường sinh dục (đặc biệt ở trẻ sơ sinh) nhưng rất hiếm gặp.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- + Đau nhức mắt.
- + Kích thích: cộm chói, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.
- + Thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.
- Triệu chứng thực thể

Tổn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: đa dạng, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

- + Loét giác mạc hình cành cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.
- + Loét giác mạc hình địa đồ.
- + Viêm giác mạc hình đĩa: nhu mô giác mạc trung tâm thâm lậu làm cho giác mạc phù dày lên về phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tựa sau giác mạc.

+ Viêm nhu mô kẽ: là hình thái nặng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đám thâm lậu màu trắng vàng, ranh giới không rõ (hình phomat). Có thể có vành phản ứng miễn dịch cạnh tổn thương.

+ Viêm màng bồ đào: tổn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bồ đào hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tua mắt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiền phòng), đồng tử co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh. Đây là hình thái nặng, khó điều trị.

- + Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

Ngoài ra bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch trước tai. Xuất hiện mụn nước ở mép, mắt,...

2. Chẩn đoán xác định

- Loét giác mạc hình cành cây, hình địa đồ hoặc viêm giác mạc hình đĩa.

- Cảm giác giác mạc giảm.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do vi khuẩn: ổ loét bờ không rõ, thường nhám nhở, thâm lậu hoặc hoại tử nhiều. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn.
- Loét giác mạc do nấm: ổ loét thường có hình tròn hoặc bầu dục, đáy phủ bởi lớp hoại tử dày, gồ cao, nhu mô xung quanh ổ loét có thâm lậu vệ tinh. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.
- Loét giác mạc do acanthamoeba: ổ loét giác mạc thường kèm theo áp xe vòng. Xét nghiệm vi sinh sẽ tìm thấy acanthamoeba.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.
- Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.
- Điều trị biến chứng

2. Điều trị cụ thể

- Điều trị đặc hiệu
 - + Thuốc tra mắt: Acyclovir 3%: tra mắt 5 lần mỗi ngày.
 - + Thuốc uống: Acyclovir viên 200 mg, 800mg. Thường dùng viên Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.
 - + Chườm ấm 3 lần/ngày (nếu tổn thương da mi)
 - + Nâng tổng trạng, giảm đau, hạ áp (nếu có tăng nhãn áp)
- Điều trị bổ sung
 - + Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra mắt, một trong các loại sau: tobramycin, ofloxacin: tra mắt 5 lần mỗi ngày.
 - + Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: tra atropin 1-4% khi có phản ứng màng bồ đào.
 - + Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau

- Viêm giác mạc hình đĩa.
- Viêm nhu mô kể khi có phản ứng màng bồ đào.

Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần.

- + Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.
- Điều trị chống tái phát

Có thể dùng liều acyclovir 200 mg ngày uống 4 viên chia 2 lần trong 1 đến 2 năm để phòng tái phát. Ngoài ra bệnh nhân cần có cuộc sống lành mạnh để tăng cường sức đề kháng.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra một số biến chứng

- Loét giác mạc doạ thủng (phồng màng Descemet) hoặc thủng.
- Tăng nhãn áp do phản ứng màng bồ đào.
- Trường hợp nặng có thể biến chứng viêm mủ nội nhãn.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tránh bị sơ nhiễm herpes (HSV và varicella zoster): bằng cách tránh xa các nguồn lây là dịch tiết từ những tổn thương của người bệnh bị herpes. Nếu người mẹ mang thai bị herpes đường sinh dục thì phải điều trị khỏi trước khi sinh hoặc phải mổ đẻ để tránh lây nhiễm cho con.

- Khi đã bị nhiễm herpes: phải nâng cao thể trạng bằng việc tập luyện, có chế độ làm việc, sinh hoạt lành mạnh để tránh herpes tái phát.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
2. Phác đồ điều trị nhãn khoa lâm sàng Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh năm 2008./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng mắt do hóa chất là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, bỏng có thể bị ở một mắt hoặc bị cả hai mắt và có thể bỏng rất nặng. Tổn thương cả mi cũng như kết mạc và tổ chức nội nhãn, điều trị gặp nhiều khó khăn. Tiên lượng dè dặt có thể gây mù không hồi phục.

Thái độ xử trí ban đầu giúp nhiều đến tiên lượng của bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN

- Bỏng do axit gồm các loại như axit vô cơ (axit sunfuric, axit Clohydric) hay axit hữu cơ.

- Bỏng do bazơ như bỏng vôi, bỏng kiềm.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơ năng

+ Đau rát mắt, kích thích dữ dội, khó mở mắt, chảy nước mắt dầm dụa.

+ Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.

- Thực thể

+ Mi mắt bỏng các mức độ, đặc biệt bờ mi, có thể điểm lệ cũng bị tổn thương.

+ Kết mạc có thể gặp: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc test Amler (+).

+ Giác mạc có thể mờ đục nhẹ, có thể xước biểu mô giác mạc hay nặng hơn là giác mạc mờ đục thậm chí đục trắng sứ, nên không thấy mống mắt, thể thủy tinh.

+ Có phản ứng với màng bồ đào: Tyndal (+), dính mống mắt, có thể tăng nhãn áp.

+ Đo độ Ph xác định tính chất bỏng là axit hay bỏng kiềm.

- Triệu chứng toàn thân

+ Mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt

+ Nếu bỏng nặng, có diện tích bỏng rộng có thể gây sốc.

- Đo pH

2. Phân loại bỏng:

Theo phân loại của Poliak (1957): Bỏng được chia làm 4 độ

Độ	Biểu hiện ở mi	Biểu hiện ở kết mạc và củng mạc	Biểu hiện ở giác mạc
I	Cương tụ da	Cương tụ kết mạc	Chợt biểu mô nông

II	Bọng nước	Màng giả (thiếu máu kết mạc)	Đục nông, vẫn thấy rõ hình ảnh móng mắt
III	Hoại tử da	Hoại tử kết mạc một phần	Đục sâu không hoàn toàn (như kính mờ)
IV	Hoại tử dưới da và sụn	Hoại tử kết mạc và củng mạc	Đục sâu hoàn toàn (màu trắng sứ)

3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào hỏi bệnh
- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như đau nhức, nhìn mờ, bọng mi, bọng kết mạc ở các mức độ, bọng giác mạc ở các mức độ.

- Đo pH

4. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt giữa bọng axit hay bọng bazơ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

- Loại trừ chất gây bọng.
- Chống đau.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống dính.
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Điều trị biến chứng, di chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

- Rửa mắt, rửa nhiều nước, nhiều lần, mỗi lần rửa ít nhất 15' - 30'. Dung dịch để rửa mắt là nước muối sinh lý, dung dịch Ringer hoặc nước sạch sẵn có tại nơi xảy ra tai nạn. Tốt nhất là truyền nhỏ giọt liên tục Ringer. Mục đích rửa mắt làm loãng chất gây bọng và giảm độc tố chất gây bọng.

- Lấy hết dị vật nếu có, kiểm tra kỹ ở các túi cùng, đặc biệt với bọng vôi phải lấy hết vôi. Vì vậy phải bóc lột cùng đồ rộng bằng hai vành mi, lấy dị vật bằng panh.

- *Chú ý:* trường hợp bọng vôi sống, trước khi rửa phải lấy hết vôi bám kết mạc sau đó rửa mắt.

- Chống đau bằng các thuốc an thần, giảm đau tại chỗ và toàn thân. Chú ý khi sử dụng các thuốc giảm đau tại chỗ như Tetracain 0,5% nhỏ mắt nhiều có thể gây độc cho biểu mô. Thuốc giảm đau toàn thân như Paracetamol (Efferangan...).

- Phòng ngừa nhiễm trùng: kháng sinh nhỏ mắt : dùng kháng sinh nhóm Quinolon thế hệ 3 hoặc 4 như levofloxacin 0.5% hoặc ofloxacin 0.3% hoặc moxifloxacin 0.5% nhỏ 6 – 10 lần/ngày tùy theo đánh giá lâm sàng. Kháng sinh đường uống: sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.

- Giảm viêm:

- + Trong 7 ngày đầu: Nhỏ corticosteroid tại chỗ nhỏ 4-6 lần/ ngày
- + Sau 7 ngày: Chuyển qua thuốc nhỏ NSADs nhỏ 3-4 lần/ngày
- Chống ngứa mắt giác củng mạc và chống dính mi cầu:
- + Doxycycline 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày
- + Thuốc tra mỡ mắt Tetracycline 1% tra 4 lần/ngày
- Nếu tăng nhãn áp uống Acetazolamide 250 mg uống 1 viên 2-4 lần/ ngày
- Chống dính: Rửa mắt lau sạch tiết tố hàng ngày, tách dính củng đồ và hướng dẫn bệnh nhân tập vận động nhãn cầu, không được băng mắt.
- Nước mắt nhân tạo: Giúp hỗ trợ lành biểu mô giác mạc dùng từ 6-10 lần/ngày trong 1-3 tháng .(Samaca, systance ultra,...)
- Vitamin C 500mg uống 1 viên 2-4 lần /ngày
- Kính tiếp xúc: Có thể dùng sau vài tuần để bảo vệ lớp biểu mô và mô nhục, giúp lớp biểu mô tái tạo nhanh.
- Điều trị biến chứng: Điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Đặc điểm của hóa chất là quá trình tiến triển nặng đặc biệt bỏng kiềm thường tiên lượng khó khăn hơn, phụ thuộc vào những yếu tố sau:
 - + Mức độ thiếu máu kết mạc
 - + Tình trạng hở mi
 - + Tình trạng giác mạc: Giác mạc không có lớp biểu mô che phủ sẽ phát triển màng máu từ kết mạc vào giác mạc. Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.
- Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:
 - + Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.
 - + Tăng nhãn áp do tổn thương góc.
 - + Đục thể thủy tinh thứ phát với nghiền đồng tử.

VI. PHÒNG BỆNH

- Giáo dục ý thức phòng chống tai nạn bỏng mắt cho tất cả mọi người.
- Đối với những người làm nghề có nguy cơ bỏng cao phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các nội qui quy định về an toàn lao động.
- Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chật chội.
- Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu và xử trí tốt từ cơ sở lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí kịp thời trong giai đoạn cấp cứu.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt.
2. Phác đồ điều trị nhãn khoa lâm sàng Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh năm 2008./.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐỊNH NGHĨA KHÔ MẮT

Khô mắt là tình trạng xảy ra khi mắt hoặc sản xuất ra quá ít nước mắt hoặc nước mắt thiếu những thành phần bôi trơn và bảo vệ mắt.

II. TẦM QUAN TRỌNG CỦA NƯỚC MẮT

Nước mắt là một trong những cơ chế phòng vệ tự nhiên của mắt.

Nước mắt được tạo ra bởi những tuyến xung quanh mắt, được giải phóng ra lớp ngoài, bảo vệ và nuôi dưỡng bề mặt nhãn cầu.

III. NGUYÊN NHÂN KHÔ MẮT

1. Tuổi

- Tuổi là lý do thường gặp nhất của bệnh khô mắt.
- Lượng nước mắt và hiệu quả của film nước mắt đều giảm theo tuổi.
- Vào tuổi 40, bạn chỉ có khoảng ½ lượng nước mắt khi bạn 10 tuổi.
- Nữ mãn kinh hay bị khô mắt.

2. Môi trường

Nhiều yếu tố xung quanh bạn cũng có thể dẫn đến khô mắt, chẳng hạn như:

- Nhìn chăm chú vào màn hình tivi hoặc máy vi tính.
- Ở hoặc làm việc trong môi trường có máy điều hòa nhiệt độ hay nhiệt độ nóng bức.

- Không khí quá khô hoặc quá ẩm.

3. Kính tiếp xúc

- Nhiều người mang kính tiếp xúc có các biểu hiện khô mắt.
- Điều này là chủ yếu bởi vì kính tiếp xúc mềm có tính ái nước nên hấp thu dịch.

4. Những yếu tố khác

- Vô căn
- Một số thuốc (được dùng cho những bệnh lý khác) có thể gây khô mắt nếu chúng có ảnh hưởng đến tuyến lệ.
- Cũng như một số bệnh : thiếu vitamin A, xơ hóa tuyến lệ sau khi tia xạ, hở mi do liệt dây VII.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Cảm giác bỏng rát, chảy nước mắt
- Khô mắt, trầy xước mắt
- Nhạy cảm ánh sáng, cảm giác có cát bụi hay dị vật trong mắt

2. Triệu chứng thực thể

- Ngăn nước mắt (ở sát bờ mi dưới ít hơn bình thường), thời gian ướt mắt giảm. Bình thường, thời gian từ khi chớp mắt cho đến khi xuất hiện khiếm khuyết trên màn phim nước mắt (nhỏ fluorescein) phải trên 10 giây.
- Có thể có viêm giác mạc hoặc viêm giác mạc chấm.

3. Cách khám nghiệm

- Khám đèn khe: Nhỏ fluorescein, quan sát ngấn nước mắt và quan sát thời gian ướt mắt.

- Làm test Schirmer.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Thể nhẹ

Nhỏ nước mắt nhân tạo (như Samaca, Syseye, Refresh , Tear Natural II, Systance ultra....) nhỏ 6 lần /ngày.

2. Thể vừa

- Tăng dần các lần nhỏ nước mắt nhân tạo, lên cứ 1-2 giờ nhỏ một lần. Nên dùng loại nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản.

- Có thể tra thêm mỡ nhờn khi ngủ: Larcinome...

3. Thể nặng

- Tra mỡ nhờn 2-3 lần / ngày, phối hợp nước mắt nhân tạo.

- Bảo vệ mắt ban đêm bằng cách tra mỡ nhờn (có thể tra cả ban ngày)

- Nếu các biện pháp trên không đưa ra lại kết quả thì cần bít lỗ lệ với collagen hoặc silicon hoặc bít bằng đốt điện.

- Nếu cũng thất bại nữa thì nên khâu cò mi ở phía ngoài(cũng có thể tạm thời dùng băng dính dán 1/3 ngoài trước khi khâu cò).

VI. MỘT SỐ LƯU Ý

- Đồng thời với điều trị khô mắt, cũng cần chữa những rối loạn phối hợp như viêm bờ mi.

- Nếu nhỏ nước mắt nhân tạo nhiều lần trong ngày, thì nên dùng loại không có chất bảo quản.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. sách giáo trình đào tạo sau đại học nhà xuất bản Y học, chủ biên PGS.TS. Đỗ Như Hôn.

2. Phác đồ điều trị nhãn khoa lâm sàng Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh năm 2008./.