



# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT MẮT ĐỎ

## TÁC GIẢ

**Dr Julie McClelland:** Đại học Ulster

**Fiona Flynn Smith:** Viện công nghệ Dublin

## THẨM ĐỊNH

**Dr Bruce Onofrey:** Đại học Houston

## NỘI DUNG

Chương này bao gồm các nội dung:

- Bệnh sử và triệu chứng
- Xuất huyết dưới kết mạc
- Viêm kết mạc
- Khô mắt
- Viêm thượng củng mạc
- Viêm củng mạc
- Viêm màng bồ đào trước
- Viêm giác mạc vùng rìa
- Vi rút herpes simplex
- Loét giác mạc hình cành cây
- Viêm giác mạc do vi khuẩn
- Xước giác mạc
- Dị vật
- Bệnh mắt do tuyến giáp
- Viêm tổ chức trước vách hốc mắt/hốc mắt
- Glôcôm góc đóng cấp

## GIỚI THIỆU

- Mắt đỏ có thể do nhiều bệnh, từ các bệnh nhẹ tự giới hạn đến các bệnh đe dọa thị lực
- Cử nhân khúc xạ nhãn khoa phải quyết định là việc xử lý ở phòng khám có thích hợp không hay là cần phải chuyển đến bác sĩ mắt
- Nếu cần chuyển đi thì phải nhanh chóng. Có thể sử dụng hướng dẫn xử lý lâm sàng của the College of Optometrists (trường Đại học khúc xạ nhãn khoa ở London) để tham khảo.

**Hướng dẫn xử lý lâm sàng của The College of Optometrists:**

- Gồm một phạm vi rộng các bệnh mắt
  - Hiện nay bao gồm khoảng 50 bệnh khác nhau
  - Thường xuyên cập nhật
- Trong mỗi bệnh, hướng dẫn bao gồm chi tiết về:
  - Bệnh căn
  - Những yếu tố bẩm chất
  - Các triệu chứng
  - Các dấu hiệu
  - Chẩn đoán phân biệt
  - Xử lý bởi nhà khúc xạ nhãn khoa
  - Xử lý có thể bởi bác sĩ mắt
  - Cơ sở bằng chứng

**BỆNH SỬ VÀ TRIỆU CHỨNG**

- Sức khỏe toàn thân và thuốc
  - Tương tác với thuốc hiện tại
  - Nhiễm trùng đường hô hấp trên gần đây (viêm kết mạc)
  - Liên kết giữa bệnh toàn thân và bệnh mắt (thí dụ nhiễm trùng toàn thân do vi rút zona).
  - Khai thác bệnh sử và đánh giá triệu chứng đầy đủ rất quan trọng
    - Phải tỉ mỉ và chính xác
    - thí dụ mắt đỏ có thể xảy ra do phản ứng dị ứng với chất bảo quản trong thuốc nhỏ mắt
- Bệnh sử mắt
  - Bệnh tái phát hay đang xảy ra
    - Điều trị trước đó/lời khuyên?
    - Sự tuân thủ?
    - Điều trị có kết quả không?
  - Sử dụng kính tiếp xúc:
    - Loại KTX
    - Chế độ làm sạch
    - Tần số thay thế
- Thời gian
  - Cấp tính: dưới 4 tuần
  - Mạn tính
  - Từng lúc
  - Khởi phát: xảy ra từ từ hay đột ngột? thí dụ xuất huyết dưới kết mạc
- Tiết tổ (đã nêu chi tiết ở phần trước)
  - Phản ứng dị ứng do vi rút và cấp tính: tiết tổ nước
  - Nhiễm khuẩn: tiết tổ mủ hoặc nhầy-mủ
  - Viêm kết mạc mùa xuân hoặc dị ứng: tiết tổ nhầy
- Sợ ánh sáng
  - Tổn thương giác mạc, thí dụ xước, phù
  - Co thắt thể mi, thí dụ viêm màng bồ đào trước
  - Đau hoặc khó chịu khi tiếp xúc ánh sáng.
- Một mắt hoặc hai mắt
  - Nhiễm trùng thường ở hai mắt
  - Có thể không cân đối
  - Dị ứng thường ở hai mắt
  - Glôcôm cấp thường ở một mắt

- Đau
  - Nhẹ đến trung bình: viêm kết mạc, viêm thượng củng mạc, dị vật giác mạc
  - Trung bình đến nặng: xước hoặc tróc giác mạc, viêm màng bồ đào trước, viêm củng mạc, glôcôm góc đóng cấp
  - Cần xem xét ảnh hưởng đối với các công việc hàng ngày của bệnh nhân
- Ngứa
  - Có thể do nhiều bệnh
    - Viêm kết mạc (do vi rút và dị ứng), dị ứng thuốc nhỏ mắt, viêm da tiếp xúc, viêm kết mạc do KTX (còn gọi là viêm kết mạc nhú gai khổng lồ)
  - Có thể giúp chẩn đoán loại trừ một số bệnh
- Phân bố
  - Tỏa lan và tối đa ở cùng đồ, kèm theo nhú gai hoặc hạt: viêm kết mạc
  - Cương tụ quanh rìa: viêm mống mắt
  - Sung huyết tỏa lan hoặc thành nốt: viêm củng mạc hoặc viêm thượng củng mạc
  - Cương tụ ở một khu vực: viêm giác mạc vùng rìa, dị vật giác mạc
- Nhú gai
  - Nhú gai gặp trong một số bệnh mắt dị ứng, viêm kết mạc do kính tiếp xúc, nhiễm khuẩn, viêm bờ mi mạn tính, viêm kết-giác mạc vùng rìa trên.
  - Cũng gặp trong các phản ứng dị ứng và nhiễm độc do thuốc
- Hạt
  - Gặp trong viêm kết mạc do vi rút và chlamydia.
- Phản ứng ở tiền phòng
  - Tế bào: biểu hiện của viêm
  - Vẩn đục: protein trong thủy dịch do vỡ hàng rào máu-võng mạc
  - Có thể phân loại dựa vào mức độ che mờ mống mắt:
    - Nhẹ (vừa đủ thấy được) +1
    - Trung bình (chỉ tiết mống mắt rõ) +2
    - Rõ rệt (chỉ tiết mống mắt mờ) +3
    - Rất nhiều (có xuất tiết fibrin) +4
- Nhấn áp
  - Tăng trong glôcôm góc đóng
  - Có thể giảm trong viêm mống mắt, có thể tăng nếu kèm theo viêm vùng bờ
  - Nhấn áp có thể tăng do dùng một số thuốc, thí dụ steroid
- Tổn thương giác mạc
  - Thường gây ra đau, sợ ánh sáng và giảm thị lực.
  - Nhỏ fluorescein để phát hiện xước
  - Giảm cảm giác giác mạc trong bệnh vi rút herpes và zona

## XUẤT HUYẾT DƯỚI KẾT MẠC

- Thường ở một mắt, không đau và đột ngột.
- Ảnh hưởng tầm mĩ, gặp nhiều hơn ở những người lớn tuổi.
- Thường vô căn và khỏi trong vòng 2 tuần.
- Tiền sử có thể có: nâng vật nặng, ho, bệnh chảy máu, rối loạn đông máu, mới phẫu thuật hoặc chấn thương, dùng thuốc aspirin, warfarin.
- Cần khám cẩn thận để loại trừ vết thương xuyên nhãn cầu.
- Nếu tái phát, cần chuyển đi khám phát hiện nguyên nhân.
  - Kiểm tra huyết áp
  - Trong mọi trường hợp, bao giờ cũng ghi thị lực trước khi làm các khám nghiệm khác.

## VIÊM KẾT MẠC

Các loại viêm kết mạc:

- **Viêm kết mạc dị ứng:** viêm kết mạc mùa xuân, dị ứng, sốt cỏ khô.
- **Viêm kết mạc vi khuẩn:** Tụ cầu vàng, phế cầu, H. influenzae
- **Viêm kết mạc vi rút:** do vi rút herpes, viêm kết-giác mạc dịch, viêm kết mạc-họng.
- **Viêm kết mạc do Chlamydia**
- **Viêm kết mạc nhiễm độc**
- **Viêm kết mạc do kính tiếp xúc**
- Trong viêm kết mạc do vi rút, viêm kết-giác mạc dịch thường gặp hơn ở người lớn. Hột là một dấu hiệu của loại viêm kết mạc này và có thể có thâm nhiễm giác mạc dưới biểu mô
- Viêm kết mạc-họng thường gặp ở trẻ em. Kèm theo tiền sử mới viêm họng, v.v.

*Bệnh sử, triệu chứng và dấu hiệu*

- Bệnh sử cũng bao gồm (nếu có) các thành viên gia đình cũng mắc bệnh
- Tiết tố: nhiễm vi rút thường ở một mắt và kèm theo tiết tố nước.
- Sợ ánh sáng, chảy nước mắt, đau và giảm thị lực là những dấu hiệu kèm theo viêm kết mạc vi rút.
- Giảm thị lực hoặc tái phát dai dẳng cần phải chuyển bác sĩ mắt.
- Hột gặp trong viêm kết mạc do chlamydia
- Vi khuẩn: nhiễm tụ cầu có thể gây mắt đỏ, kích thích và cảm giác dị vật. Bệnh thường ở một mắt và mắt thứ hai thường bị nhiễm sau đó 1-3 ngày. Có thể có tiền sử mới nhiễm trùng đường hô hấp.
- Các bệnh ảnh hưởng đến hệ miễn dịch, thí dụ đái tháo đường
- Dùng steroid lâu dài có thể làm thay đổi sức đề kháng của mắt đối với nhiễm trùng.

### VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN

- Là bệnh nhiễm trùng cấp tính tự giới hạn
- Có thể cải thiện nhanh hơn nhờ điều trị kháng sinh, thí dụ chloramphenicol 0,5%.
- Có thể cần xét nghiệm.
- Chuyển khám bác sĩ nếu bệnh nặng, kéo dài, không đáp ứng.

*Điểm báo viêm kết mạc do vi khuẩn (Oliver và cs 2009)*

- Chủ yếu tự giới hạn
- Nghiên cứu cho thấy rằng sự hồi phục trên lâm sàng nhanh hơn với kháng sinh, đặc biệt trong 2 đến 5 ngày đầu sau khi dùng thuốc
- 6 đến 10 ngày sau khi mắc bệnh, hiệu quả kháng sinh giảm đi
- Lợi ích của kháng sinh nhỏ mắt chủ yếu về mặt vi sinh hơn là tác dụng lâm sàng.

### VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH

- Tiền sử dị ứng
- Dị ứng cấp: tiết tố nước, ngứa nhiều, nhú gai.
- Chảy nước mũi và hắt hơi.
- Phát động bởi mùa hoặc dị nguyên
- Có nhiều thuốc để điều trị

- Cần chuyển khám bác sĩ nếu bệnh mạn tính hoặc không đáp ứng điều trị

## VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG

- Phù kết mạc
- Tiết tổ nhầy
- Không bắt màu fluorescein
- Nhấn áp bình thường
- Điều trị bằng thuốc ổn định dưỡng bào trong những trường hợp mạn tính, hoặc thuốc kháng histamine trong những trường hợp cấp.
- Thông báo cho bác sĩ đa khoa, cần khám lại định kì.
- Kết mạc có biểu hiện trong vết

### Điểm báo viêm kết mạc dị ứng

- Một phân tích tổng hợp của 6 thử nghiệm đã cho thấy rằng số bệnh nhân dùng sodium cromoglycate nhận thấy hiệu quả của thuốc nhiều gấp 17 lần so với số người dùng giả dược.
- 5 thử nghiệm cho thấy rằng số bệnh nhân dùng nedocromil nhận thấy dị ứng được kiểm soát một phần hoặc toàn bộ nhiều hơn 1,8 lần so với số người dùng giả dược.
- 4 thử nghiệm đã cho thấy rằng số người dùng thuốc kháng histamine nhận thấy điều trị “tốt” nhiều hơn 1,3 lần so với số người dùng thuốc ổn định dưỡng bào, mặc dù hiệu quả này không có ý nghĩa về mặt thống kê.
- Một số ít bằng chứng gợi ý rằng thuốc kháng histamine có thể có tác dụng điều trị nhanh hơn so với thuốc ổn định dưỡng bào.

## KHÔ MẮT

- Bệnh thường gặp
- Triệu chứng gồm ngứa mắt, khô, kích thích, rát, cảm giác dị vật, chảy nước mắt.
- Thường gặp nhất ở những bệnh nhân lớn tuổi.
- Triệu chứng nặng hơn khi có gió, khói, độ ẩm thấp, công việc tập trung.
- Giảm liềm nước mắt, thời gian ổn định lớp nước mắt (TBUT) hoặc độ thấm ướt bằng giấy Schirmer.
- Bắt màu dạng chấm khi nhuộm fluorescein, viêm bờ mi.
- Có thể bắt màu hồng Bengal.
- Khô mắt có thể do viêm bờ mi trước hoặc sau
- Khô mắt nặng được gọi là hội chứng Sjogren
  - Bệnh tự miễn dẫn đến viêm da và môi
  - Viêm tuyến lệ dẫn đến giảm sản xuất nước mắt

### Điều trị khô mắt

- Có nhiều biện pháp điều trị, bao gồm nước mắt nhân tạo, thuốc mỡ bôi trơn, nút lỗ lệ.
  - Dùng các thuốc nhỏ mắt không có chất bảo quản

Bài điểm báo đáng chú ý của Dogru và Tsubota (2011): **Pharmacotherapy of dry eye**. Expert Opin Pharmacother. 2011 Feb;12(3):325-34. Epub 2011 Jan 10



## VIÊM THƯỢNG CÙNG MẠC

- Bệnh thường gặp, lành tính, và tự giới hạn.
- Xảy ra ở người trẻ, và thường tái phát. Có thể có tiền sử bệnh toàn thân, thí dụ bệnh Crohn.
- Khó chịu nhẹ một mắt, khởi phát nhanh, kích thích, đau khi chạm vào và chảy nước mắt. Thị lực bình thường.
  - Các triệu chứng thường tăng lên trong 3-5 ngày đầu, sau đó giảm dần.
- Mất đỏ khu trú hoặc tỏa lan. Cường tụ mạch máu thượng củng mạc.
  - Các mạch máu có thể xê dịch được trên củng mạc và trắng ra khi nhỏ thuốc phenylephrine
- Có thể viêm thượng củng mạc dạng nốt

### Điều trị

- Dùng nước mắt nhân tạo hoặc thuốc mỡ bôi trơn
- Cũng có thể phối hợp thuốc nhỏ mắt co mạch và kháng histamine.
- Bệnh thường tự giới hạn và khỏi trong 1-2 tuần
- Trong những trường hợp nặng hoặc dai dẳng, cần dùng thuốc steroid nhỏ mắt hoặc thuốc kháng viêm không steroid đường uống.
  - Chuyển khám bác sĩ càng sớm càng tốt.
- Thời gian dài hơn nếu là viêm thượng củng mạc nốt.

### Điểm báo viêm thượng củng mạc

- Akpek và cs (1999) điểm lại 100 ca viêm thượng củng mạc tại một bệnh viện ở Massachusetts.
  - Các bệnh nhân trong lứa tuổi 18-76, tuổi trung bình là 69.
  - 36% số bệnh nhân có liên quan với bệnh toàn thân.
  - Không có sự tương quan giữa mức độ viêm và bệnh toàn thân.
  - 28% số bệnh nhân có tái phát.

## VIÊM CÙNG MẠC

- Ít gặp hơn viêm thượng củng mạc
- Có đau nhiều ở hốc mắt
- Nhiều mức độ từ bệnh tự giới hạn đến hoại tử
- Có thể hoại tử hoặc không hoại tử
  - Bệnh hoại tử có những biến chứng đe dọa thị lực như đục thể thủy tinh và glôcôm
- Có thể có bệnh toàn thân kèm theo
- 1/2 số bệnh nhân viêm củng mạc có bệnh toàn thân căn nguyên như viêm khớp dạng thấp hoặc gout.

### Triệu chứng, dấu hiệu và điều trị

- Đau buốt nặng có thể lan tới mặt, hàm, trán và cung mày
- Khởi phát từ từ và giảm thị lực
- Viêm củng mạc, thượng củng mạc, và các mạch máu kết mạc.
  - Các mạch máu giãn không xê dịch được bằng tăm bông và không trắng ra khi nhỏ thuốc phenylephrine
- Điều trị ban đầu bằng thuốc kháng viêm không steroid đường uống.
- Chuyển ngay đến bệnh viện mắt.

Điểm báo về nguyên nhân và điều trị viêm củng mạc by Rachitskaya và cs 2010 (xem tài liệu tham khảo).

## VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

### Các triệu chứng và dấu hiệu

- Thường ở một mắt, mắt đỏ, đau nhức.
  - Có thể ở 2 mắt
- Có những đợt bệnh trước đó
  - Có thể kèm theo viêm củng khớp sống, bệnh viêm ruột
- Đau khi điều tiết.
- Giảm thị lực
  - Thị lực có thể chỉ giảm nhẹ
- Cương tụ rìa
- Khám đèn khe có thể thấy tế bào và vẩn đục thủy dịch trong tiền phòng
- Dính mống mắt, tủa ở sau giác mạc hoặc mủ tiền phòng
- Thường tái phát, nhất là khi có một bệnh kèm theo
- Nhãn áp có thể giảm do viêm thể mi
  - Có thể tăng nếu viêm vùng bờ trong bệnh herpes
- Cần khám dịch kính và võng mạc để loại trừ viêm màng bồ đào trung gian hoặc viêm màng bồ đào sau.
- Những biến chứng gồm đục thể thủy tinh, glôcôm

### Điều trị

- Điều trị để giảm viêm và phòng biến chứng.
- Chuyển trực tiếp đến bệnh viện mắt.
- Thuốc liệt điều tiết để giảm co thắt thể mi.
- Điều trị steroid tại mắt.
- Chuyển khám đa khoa để phát hiện bệnh toàn thân.
- Liều steroid phụ thuộc vào mức độ nặng

## VIÊM GIÁC MẠC VÙNG RÌA

- Phản ứng viêm đối với ngoại độc tố tụ cầu ở những bệnh nhân viêm bờ mi do tụ cầu.
- Thường tái phát.
  - Bệnh nhân có thể có tiền sử những đợt viêm trước đó
- Biểu hiện đột ngột sợ ánh sáng, đau nhẹ, mắt đỏ và mi mắt đóng vẩy.
- Nhiều thâm nhiễm nhu mô giác mạc chu vi ở 2 mắt, giác mạc trong tách biệt các thâm nhiễm khỏi vùng rìa.
- Có thể tổn hại biểu mô bên trên
- Tiền phòng thường yên.
- Chỉ cương tụ ở góc bị viêm.
- Nếu 2 mắt, cần tìm các bệnh căn nguyên như bệnh u hạt Wegener.
- Điều trị viêm bờ mi bằng chườm nóng, vệ sinh mi và kháng sinh tại chỗ.
- Nếu nặng, cần chuyển khám mắt sớm và dùng thuốc steroid tại mắt.



## VI RÚT HERPES SIMPLEX (HSV)

- 90% dân số có tiền sử nhiễm vi rút (huyết thanh dương tính).
- Bệnh mắt (HSV1): viêm mi, kết mạc, giác mạc
- Thời gian từ 6 tháng đến 5 năm
- Viêm kết mạc vi rút điển hình, tiết tổ nước, nổi hạch trước tai và đau.
- Phát ban ngoài da quanh mi mắt và hốc mắt.
- Thường tự giới hạn nhưng nên điều trị thuốc kháng vi rút.

### LOÉT GIÁC MẠC HÌNH CÀNH CÂY

- Bệnh giác mạc vi rút herpes simplex tái phát
- Đỏ một mắt, đau nhẹ đến trung bình, cảm giác cộm hoặc dị vật, sợ ánh sáng
- Loét hình cành cây
- Thường cần lọc bỏ tổn thương loét
- Cảm giác giác mạc có thể giảm.
- Cần chuyển bệnh nhân đến bác sĩ mắt càng sớm càng tốt
- Điều trị thường bằng aciclovir nhỏ mắt trong 10 ngày
- Loét hình cành cây có thể nhập vào nhau dẫn đến loét hình địa đồ

## VIÊM GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

- Có thể do đeo kính tiếp xúc, bệnh bề mặt nhãn cầu và dùng thuốc steroid tại mắt.
  - Khai thác kỹ bệnh sử và các triệu chứng cần thiết để trao đổi về việc đeo kính tiếp xúc, chăm sóc và rửa kính bằng nước máy, v.v.
  - Những bệnh nhân đeo kính tiếp xúc cần mang kính tiếp xúc và hộp đựng đến để nuôi cấy.
- Triệu chứng gồm có mắt đỏ, đau mắt nhẹ tới nặng, sợ ánh sáng, giảm thị lực và tiết tổ.
- Có thể kèm theo phù nhu mô giác mạc, những nếp gấp ở màng Descemet, phản ứng tiền phòng, mủ tiền phòng, tiết tổ nhầy-mủ, phù mi mắt
- Thâm nhiễm dạng ổ màu trắng nhu mô
- Chuyển ngay đến bệnh viện
  - Điều trị kháng sinh tại chỗ, nhỏ mắt mỗi giờ một lần.
- Kháng sinh phổ rộng, thí dụ ciprofloxacin 0,3%



## XƯỚC GIÁC MẠC

- Tiền sử chấn thương, đau chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, co quắp mi.
- Tổn hại biểu mô, cương tụ kết mạc và phản ứng tiền phòng nhẹ.
- Dùng thuốc nước hoặc thuốc mỡ kháng sinh và thuốc liệt điều tiết để giảm viêm mống mắt
- Theo dõi
- Co quắp mi có thể gây khó khăn cho việc khám mắt
  - Nhỏ thuốc tê để đánh giá
  - Ghi lại vị trí và kích thước tổn thương
  - Nguy cơ viêm giác mạc do nắm nếu tổn thương bởi tác nhân thực vật, thí dụ cành cây

## DỊ VẬT

- Tiền sử chấn thương
  - Cần hướng dẫn bảo vệ mắt
- Cảm giác dị vật và chảy nước mắt
- Dị vật giác mạc, phù mi, phản ứng tiền phòng, vòng rỉ sắt hoặc thâm nhiễm xung quanh
- Đánh giá độ sâu và tổn hại nội nhãn
- Nếu là chấn thương xuyên, có thể có tổn hại nội nhãn dẫn đến rách mống mắt, đục thể thủy tinh, tiền phòng nông, nhãn áp thấp
- Khám đáy mắt có giãn đồng tử
  - Để loại trừ dị vật nội nhãn, nếu có dị vật thì phải chuyển bác sĩ mắt để lấy dị vật với gây tê
- Thuốc mỡ kháng sinh tra mắt và thuốc liệt điều tiết để giảm đau do chấn thương

## BỆNH MẮT DO TUYẾN GIÁP

- Mắt đỏ đau do viêm mô mềm, thường trong 3 năm đầu của bệnh.
- Rối loạn chức năng tuyến giáp/bệnh Basedow
  - Các dấu hiệu ở mắt có thể là lí do bệnh nhân đến khám
- Có thể ở một mắt hoặc hai mắt, và gồm các triệu chứng sợ ánh sáng, cộm mắt, chảy nước mắt và khó chịu.
- Phù quanh hốc mắt và mi, cương tụ kết mạc, phù kết mạc, viêm kết mạc rìa phía trên, khô mắt.
- Có thể có các dấu hiệu khác của bệnh mắt do tuyến giáp: lồi mắt, co rút mi, hạn chế vận nhãn, chèn ép thị thần kinh.
- Chuyển đi khẩn cấp tùy theo các dấu hiệu và triệu chứng.

## VIÊM TỔ CHỨC TRƯỚC VÁCH/HỐC MẮT

### Viêm tổ chức trước vách hốc mắt

- Là nhiễm trùng mi mắt và mô mềm quanh mắt.
- Thường ở một mắt.
- Viêm trước vách không xâm nhập vào vách hốc mắt và thường gặp nhất sau khi bị rách da hoặc côn trùng đốt.
- Phù quanh hốc mắt, đỏ, đau.
  - Mi mắt có thể khó mở
  - Kèm theo viêm kết mạc
  - Vận nhãn, đồng tử, thị lực và sắc giác bình thường
- Kháng sinh uống. Chuyển đến bệnh viện mắt để chẩn đoán phân biệt viêm tổ chức hốc mắt

### Viêm tổ chức hốc mắt

- Là nhiễm trùng mô mềm sau vách hốc mắt
- Thường kèm theo bệnh xoang
- Mi mắt một bên phù nề, đau, đỏ, phù kết mạc, lồi mắt, hạn chế vận nhãn.
- Nếu nặng, giảm thị lực, giảm phản xạ đồng tử, rối loạn sắc giác.
  - Trong những trường hợp này, bệnh nhân có thể có mệt mỏi toàn thân
- Cho ngay vào bệnh viện mắt: kháng sinh truyền tĩnh mạch.
- Phẫu thuật dẫn lưu áp xe.

## GLÔCÔM GÓC ĐÓNG CẤP

- Giảm thị lực kèm theo đau nhức
- Tỷ lệ cao hơn ở những người lớn tuổi (trung bình 60)
- Những người viễn thị: đã từng có những cơn bán cấp
- Nhìn đèn thấy quầng xanh đỏ, giảm thị lực, đau đầu, đau mắt, buồn nôn.
- Mất cương tụ, đồng tử giãn cố định nửa chừng, giác mạc phù, tiền phòng nông, góc tiền phòng đóng.
- Điều trị nhằm hạ nhãn áp trước khi xảy ra tổn hại thị thần kinh, chuyển ngay đến bác sĩ mắt.
- Cơn bán cấp: nhìn đèn thấy quầng xanh đỏ, giảm thị lực, đau đầu, đau mắt, buồn nôn.

### Điều trị

- Acetazolamide tiêm tĩnh mạch và uống. Ở mắt bị bệnh, dùng thuốc chẹn thụ thể beta, pilocarpine và steroid.
- Dùng pilocarpine dự phòng cho mắt kia.
- Mở mống mắt bằng YAG laser.
- Điều trị phẫu thuật cho những trường hợp không đáp ứng với thuốc
- Những hướng dẫn của địa phương có thể có những phác đồ cụ thể.
- Cần xây dựng và duy trì quan hệ tốt với các nhà chuyên môn ở bệnh viện mắt.
- Khi chuyển trực tiếp tới khoa cấp cứu mắt, cần gọi điện trao đổi với bác sĩ mắt về tình trạng bệnh.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bezan DJ, LaRussa FP, Nishimoto JH, Sendrowski DP, Spear CH, Talley DK, Than TP. Differential diagnosis in primary eye care. Butterworth Heinemann. 1999.
- Hemmerdinger C, Quah SA, Kaye S. Differential diagnosis of red eyes. Optician. July 28th, 2006.
- Oliver GF, Wilson GA, Everts RJ. Acute infective conjunctivitis: evidence review and management advice for New Zealand practitioners. Journal of the New Zealand Medical Association 2009, Vol 122, No. 1298.
- All images from Spalton Clinical Ophthalmology.
- Fukuyama J, Hayasaka S, Yamada K, et al; Causes of subconjunctival hemorrhage. Ophthalmologica. 1990;200(2):63-7.
- Owen CG, Shah A, Henshaw K, Smeeth L, Sheikh A. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. Br J Gen Pract. 2004 June 1; 54(503): 451–456.
- Akpek EK, Uy HS, Christen WC, Gurdal C, Foster S. Severity of episcleritis and systemic disease association, Ophthalmology, Volume 106, Issue 4, 1 April 1999, Pages 729-731
- Rachitskaya A, Mandelcorn ED, Albini TA. An update on the cause and treatment of scleritis. CurrOpinOphthalmol. 2010 Nov;21(6):463-7.