



HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG CỦA HỘI ĐỒNG NHÃN KHOA QUỐC TẾ (HĐNKQT; International Council of Ophthalmology - ICO)

Tài liệu này bao gồm 24 Hướng dẫn Lâm sàng Quốc tế của HĐNKQT (sau đây chúng ta gọi là ICO).

Những Hướng dẫn này được soạn thảo cho hội nhãn khoa các nước dịch ra bản ngữ và áp dụng phù hợp với điều kiện thực tế để hỗ trợ kỹ thuật các bác sỹ nhãn khoa trong công tác khám chữa bệnh hàng ngày. Tài liệu cũng có thể được sử dụng trong các chương trình đào tạo, với mục tiêu quan trọng nhất là nâng cao chất lượng khám chữa bệnh trong nhãn khoa.

Dưới đây là danh mục những hướng dẫn lâm sàng với đường dẫn để có thể truy cập trên mạng internet:

www.icoph.org/enhancing_eyecare/international_clinical_guidelines.html.

và lời giới thiệu.

Để có những phiên bản mới nhất của các Hướng dẫn Lâm sàng Quốc tế và tải về từng tệp tin với định dạng PDF, xin tìm trong danh mục nguồn với đường dẫn:

www.icoph.org

DANH MỤC NHỮNG HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG SẴN CÓ TRÊN MẠNG INTERNET:

- 1. BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 1**
- 2. BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 2**
3. BONG DỊCH KÍNH SAU
- 4. BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH**
- 5. GLÔ-CÔM GÓC ĐÓNG**
- 6. GLÔ-CÔM GÓC MỜ - ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ CAO**
- 7. GLÔ-CÔM GÓC MỜ 1**
- 8. LÔ-CÔM GÓC MỜ 2**
- 9. HỘI CHỨNG KHÔ MẮT 1**
- 10. HỘI CHỨNG KHÔ MẮT 2**
- 11. LÁC (LÉ) NGOÀI**
- 12. LÁC (LÉ) TRONG**
13. LỖ HOÀNG ĐIỂM VÔ CĂN
- 14. NHƯỢC THỊ**
- 15. PHẪU THUẬT KHÚC XẠ**
16. TỔN THƯƠNG MẮT TRONG HỘI CHỨNG HIV/AIDS
17. TỔN THƯƠNG MẮT TRONG BỆNH PHONG
18. THOÁI HOÁ HOÀNG ĐIỂM 1
19. THOÁI HOÁ HOÀNG ĐIỂM 2
20. BỆNH MẮT HỘT
- 21. VIÊM BỜ MI**
- 22. VIÊM GIÁC MẠC DO VI KHUẨN 1**
- 23. VIÊM GIÁC MẠC DO VI KHUẨN 2**
- 24. VIÊM KẾT MẠC**

Lời giới thiệu (của HĐNKQT)

Hướng dẫn Lâm sàng Quốc tế được ICO soạn thảo và cung cấp. Những Hướng dẫn này có mục tiêu phục vụ hỗ trợ chuyên môn và đào tạo bác sỹ chuyên khoa trên toàn thế giới để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh mắt. Trong nhiều trường hợp, hướng dẫn được soạn thảo dựa trên những hướng dẫn tương tự của Học Viện Nhãn khoa Mỹ trong nội dung của các mô hình thực hành phổ biến (Preferred Practice Patterns) ở Mỹ.

Những hướng dẫn này không phải là mô hình chuẩn phải tuân thủ. Hoàn cảnh cụ thể của từng nơi, tình hình trang thiết bị, đặc điểm bệnh nhân và các quy chế hành nghề sở tại sẽ quyết định tiêu chuẩn thực hành.

Mặt khác, những hướng dẫn này có mục tiêu rõ ràng. Đó là việc khuyến nghị sử dụng tối ưu trang thiết bị, thuốc chuyên khoa và/hoặc phương pháp phẫu thuật để đạt được hiệu quả điều trị mong đợi.

Nếu có điều kiện tối ưu, các phương pháp chẩn đoán, điều trị và theo dõi tối ưu có thể được áp dụng. Việc khám chữa bệnh với hiệu quả cao cũng có thể khả thi cả khi không có các điều kiện tối ưu.

Việc tuân thủ đơn thuần những hướng dẫn này không luôn bảo đảm điều trị thành công. Cần phải hiểu rằng, mỗi bệnh nhân với bệnh tình cụ thể cần được đánh giá tương ứng và sử dụng hướng dẫn lâm sàng phù hợp cho từng bệnh nhân.

Những hướng dẫn này được soạn thảo dựa trên kinh nghiệm lâm sàng được tích lũy và mang tính chứng thực tối đa có thể. Có nghĩa là những hướng dẫn này dựa trên những kiến thức khoa học có được cập nhật nhất. ICO cam kết cập nhật thường xuyên những hướng dẫn này (khoảng 2-3 năm 1 lần).

1 - BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (Thiết yếu)

- Khoảng thời gian mắc bệnh **(A:I)**
- Tình hình kiểm soát đường huyết (hemoglobin A1c) **(A:I)**
- Tình hình sử dụng thuốc **(A:III)**
- Bệnh sử toàn thân (ví dụ: béo phì, **(A:III)**, bệnh thận **(A:II)**, bệnh cao HA **(A:I)**, tăng mỡ máu **(A:II)**, có thai **(A:I)**)
- Tiền sử nhãn khoa **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (Thiết yếu)

- Thị lực **(A:I)**
- NA **(A:III)**
- Soi góc tiền phòng nếu có chỉ định (khi có tân mạch mống mắt, NA cao) **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
- Soi đáy mắt với đồng tử giãn bằng máy soi đáy mắt đảo ngược. **(A:I)**
- Khám võng mạc chu biên trên đèn khe **(A:III)**

Chẩn đoán

- Chẩn đoán cả 2 mắt về hình thái và mức độ nặng của bệnh, có hoặc không có phù hoàng điểm có ý nghĩa lâm sàng. **(A:III)**.

Tái khám - Hỏi bệnh sử

- Các triệu chứng về chức năng thị giác **(A:III)**
- Tình trạng toàn thân (ví dụ: có thai, HA, mỡ máu, bệnh thận) **(A:III)**
- Đường huyết (hemoglobin A1c) **(A:I)**

Tái khám - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:I)**
- NA **(A:III)**
- Khám trên đèn khe có đánh giá tình trạng mống mắt **(A:II)**
- Soi góc tiền phòng (nếu nghi có tân mạch hoặc có tăng NA) **(A:II)**
- Khám bán phần sau với thị giác hai mắt sau giãn đồng tử **(A:I)**
- Khám võng mạc chu biên và dịch kính khi có chỉ định **(A:II)**

Các khám nghiệm bổ sung

- Chụp ảnh đáy mắt ít có ích khi có tổn thương tối thiểu hoặc khi không có thay đổi so với lần chụp trước. **(A:III)**
- Chụp ảnh đáy mắt có thể sử dụng để ghi nhận sự tiến triển đáng kể của bệnh hoặc đáp ứng với điều trị. **(B:III)**
- Chụp mạch huỳnh quang được sử dụng để định hướng điều trị phù hoàng điểm có ý nghĩa lâm sàng **(A:I)** và trong trường hợp giảm thị lực chưa rõ nguyên nhân. **(A:III)** Chụp mạch huỳnh quang có thể chẩn đoán thiếu máu hoàng điểm hoặc vị trí rò mao mạch gây phù hoàng điểm như một nguyên nhân giải thích thị lực giảm.
- Chụp mạch huỳnh quang không phải là một khám nghiệm thường quy cho bệnh nhân đái tháo đường. **(A:III)**
- Không cần chụp mạch huỳnh quang để chẩn đoán phù hoàng điểm có ý nghĩa lâm sàng hoặc bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh vì cả hai tình trạng bệnh lý này được chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng.

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Trao đổi về quá trình khám, kết quả và ý nghĩa. **(A:II)**
- Khuyến nghị bệnh nhân có bệnh tiểu đường nhưng chưa bị bệnh võng mạc đái tháo đường đi khám mắt có giãn đồng tử hàng năm. **(A:II)**

- Cho bệnh nhân biết rằng việc điều trị hiệu quả bệnh vồng mạc đái tháo đường phụ thuộc vào điều trị kịp thời, kể cả khi thị lực còn tốt và không có triệu chứng nhãn khoa. **(A:II)**
- Làm bệnh nhân hiểu tầm quan trọng của việc duy trì đường huyết và HA gần mức bình thường và giảm mỡ máu. **(A:III)**
- Trao đổi với các bác sỹ chuyên khoa khác như bác sỹ gia đình, bác sỹ chuyên khoa nội hoặc bác sỹ chuyên khoa nội tiết về những phát hiện ở mắt. **(A:III)**
- Cung cấp cho những bệnh nhân phẫu thuật thất bại hoặc điều trị không thể có kết quả sự hỗ trợ chuyên môn thỏa đáng và giới thiệu chuyển đi để được tư vấn, phục hồi chức năng hoặc hưởng các dịch vụ xã hội tương ứng. **(A:III)**

Khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường

Mức độ nặng	Có PHĐCYNLS*	Tái khám (Tháng)	Quang đông la-de toàn võng mạc (trải đều)	Chụp mạch huỳnh quang	Thuốc và / hoặc la-de†
1. Bình thường hoặc BVMTTĐ KTS tối thiểu	Không	12	Không	Không	Không
2. BVMTĐKTS nhẹ đến vừa	Không	6-12	Không	Không	Không Thường quy ^{**^}
	Có	2-4	Không	Thường quy	
3. BVMTĐKTS nặng	Không	2-4	Đôi khi‡	Ít khi	Không Thường quy ^{**}
	Có	2-4	Đôi khi‡	Thường quy	
4. BVMTĐTS nguy cơ thấp	Không	2-4	Đôi khi‡	Ít khi	Không Thường quy [^]
	Có	2-4	Đôi khi‡	Thường quy	
5. BVMTTĐTS nguy cơ cao	Không	2-4	Thường quy	Ít khi	Không Thường quy ^{**}
	Có	2-4	Thường quy	Thường quy	
6. BVMTĐTS ổn định	Không	6-12	Không	Không	Thường quy
	Có	2-4	Không	Thường quy	

PHĐCYNLS* = phù hoàng điểm có ý nghĩa lâm sàng; **BVMĐTĐKTS** = bệnh võng mạc tiểu đường không tăng sinh; **BVMĐTĐTS** = bệnh võng mạc tiểu đường tăng sinh.

** Những trường hợp ngoại lệ bao gồm cao HA, suy tim, suy thận, có thai hoặc bất kỳ nguyên nhân nào khác có thể làm nặng phù hoàng điểm. Cần cân nhắc tri hoãn quang đông la-de, điều trị nội khoa một thời gian trong những trường hợp này. Mặt khác, việc tri hoãn điều trị PHĐCYNLS cũng cần khi hoàng điểm không bị tổn thương, thị lực tốt và bệnh nhân được biết nguy cơ.

† Điều trị bổ sung, có thể cân nhắc sử dụng corticosteroids hoặc các thuốc chống tăng sinh nội mô tiêm vào buồng dịch kính (off-label use).

^ Việc tri hoãn điều trị PHĐCYNLS là cần thiết khi trung tâm hoàng điểm không tổn thương, thị lực tốt, có thể theo dõi chặt chẽ bệnh nhân và bệnh nhân được biết các nguy cơ. Tuy nhiên, cần cân nhắc thực hiện quang đông khu trú mặc dù ít có triển vọng cải thiện thị lực nhưng có thể giữ ổn định thị lực hiện có. Điều trị tổn thương gần hoàng điểm có thể gây giảm thị lực và sau đó, khi các nốt la-de làm sẹo, có thể gây giảm thị lực thêm. Cần theo dõi chặt chẽ các trường hợp phù hoàng điểm không có ý nghĩa lâm sàng.

‡ Quang đông toàn võng mạc có thể phải cân nhắc khi bệnh nhân gần đến BVMTĐTS nguy cơ cao. Lợi ích của việc quang đông sớm toàn võng mạc trong giai đoạn không tăng sinh nặng cho kết quả tốt hơn trên những bệnh nhân típ 2 và cần được cân nhắc điều trị trong những trường hợp này. Những yếu tố khác như tuân thủ chế độ theo dõi kém, đục thể thủy tinh cần phẫu thuật, có thai hoặc tình trạng mắt bên sẽ góp phần quyết định thời gian thực hiện quang đông toàn võng mạc.

** Cần ưu tiên thực hiện quang đông khu trú trước khi thực hiện quang đông toàn võng mạc.

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

3 - ĐỤC THỂ THỦY TINH (Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Triệu chứng **(A:II)**
- Tiền sử nhãn khoa **(A:III)**
- Tiền sử bệnh toàn thân **(A:III)**
- Đánh giá tình trạng chức năng thị giác **(A:II)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực hiện có **(A:III)**
- Thị lực với kính tốt nhất **(A:III)**
- Khám tình trạng nhãn cầu và vận nhãn **(A:III)**
- Phản xạ đồng tử **(A:III)**
- Đo NA **(A:III)**
- Khám bên ngoài **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
- Khám đáy mắt sau khi làm giãn đồng tử **(A:III)**
- Đánh giá toàn thân về sức khỏe thể chất và tâm thần **(B:III)**

Hướng xử trí

- Cần chỉ định phẫu thuật khi chức năng thị giác không còn có thể đáp ứng nhu cầu bệnh nhân và phẫu thuật đục thể thủy tinh có tiên lượng cải thiện chức năng thị giác. **(A:II)**
- Phẫu thuật cũng có chỉ định khi đục thể thủy tinh có nguy cơ gây biến chứng và khi cần nhìn rõ đáy mắt để điều trị một bệnh khác với tiên lượng cải thiện được thị lực. **(A:III)**
- Không nên phẫu thuật trong những trường hợp sau: **(A:III)** kính đeo hoặc

dụng cụ trợ thị đáp ứng được nhu cầu thị lực cho bệnh nhân, phẫu thuật không có tiên lượng tốt, không thể thực hiện phẫu thuật an toàn cho bệnh nhân vì các bệnh mắt hoặc toàn thân kèm theo, không có điều kiện chăm sóc hậu phẫu phù hợp.

- Chỉ định phẫu thuật cho mắt thứ 2 giống như đối với mắt kia. **(A:II)** (để phục hồi chức năng thị giác 2 mắt).

Chăm sóc tiền phẫu

Bác sĩ nhãn khoa thực hiện phẫu thuật có những trách nhiệm sau:

- Khám bệnh nhân trước phẫu thuật **(A:III)**
- Bảo đảm đánh giá, ghi chép cẩn thận các triệu chứng, tổn thương thực thể và những chỉ định điều trị **(A:III)**
- Cho bệnh nhân biết những lợi ích, rủi ro và kết quả trông đợi từ phẫu thuật **(A:III)**
- Lên kế hoạch trước phẫu thuật, bao gồm cả việc chọn IOL **(A:III)**
- Tổng hợp kết quả khám trước mổ và chẩn đoán cho bệnh nhân biết **(A:III)**
- Lên kế hoạch hậu phẫu và hướng dẫn bệnh nhân thực hiện **(A:III)**

Nội dung đánh giá khi tái khám

- Những bệnh nhân có nguy cơ cao cần được khám trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. **(A:III)**
- Những bệnh nhân thường quy cần được khám trong vòng 48 giờ sau phẫu thuật. **(A:III)**
- Tần suất và thời điểm tái khám phụ thuộc vào tình trạng mắt, chức năng thị giác và khúc xạ sau mổ.
- Những bệnh nhân có nguy cơ cao cần được tái khám nhiều hơn.
- Nội dung mỗi lần tái khám bao gồm:
 - Diễn biến bệnh, bao gồm cả các triệu chứng mới và sử dụng thuốc sau mổ **(A:III)**
 - Nhận định của bệnh nhân về tình trạng chức năng thị giác **(A:III)**
 - Thử thị lực với kính lổ **(A:III)**
 - Đo NA **(A:III)**
 - Khám trên đèn khe **(A:III)**

Mở bao sau bằng La-de Nd:YAG

- Được chỉ định khi đục bao sau gây giảm thị lực đến mức không đáp ứng nhu cầu chức năng thị giác của bệnh nhân và làm cho không nhìn rõ đáy mắt khi việc soi đáy mắt là thiết yếu **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân về các triệu chứng bong dịch kính sau, rách võng mạc và bong võng mạc cũng như sự cần thiết phải đi khám ngay nếu có những triệu chứng. **(A:III)**
- Đối với những bệnh nhân với một mắt độc nhất, cần thảo luận về những lợi ích và nguy cơ phẫu thuật đặc biệt, bao gồm cả nguy cơ mù lòa. **(A:III)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

4 - BỆNH GLÔ-CÔM GÓC ĐÓNG

(Khám lần đầu và điều trị)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (Thiết yếu)

- Tiền sử bệnh toàn thân (ví dụ: dùng thuốc toàn thân hoặc tại mắt) **(A:III)**
- Tiền sử nhãn khoa (các triệu chứng gợi ý về các cơn glô-côm thoáng qua) **(A:III)**
- Bệnh sử gia đình về bệnh này **(B:II)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (Thiết yếu)

- Thị lực **(A:III)**
- Tình trạng khúc xạ **(A:III)**
- Đồng tử **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
 - Phản ứng viêm trong tiền phòng gợi ý về một cơn glô-côm đã qua hoặc hiện tại
 - Phù giác mạc
 - Độ sâu tiền phòng ở vùng trung tâm và chu biên
 - Thoái hoá mỏng mắt, nhất là dễ quạt, dính sau hoặc đồng tử giãn nhẹ
 - Các dấu hiệu về các cơn glô-côm trước
- Đo NA **(A:III)**
- Soi góc tiền phòng cả hai mắt **(A:III)**
- Khám đáy mắt và đầu thị thần kinh **(A:III)**

Chẩn đoán

- Chẩn đoán glô-côm góc đóng nguyên phát, loại trừ glô-côm thứ phát **(A:III)**

Kế hoạch điều trị bệnh nhân có chỉ định cắt mỏng mắt chu biên

- Điều trị glô-côm góc đóng cấp bằng cắt mỏng mắt chu biên bằng la-de hoặc phẫu thuật cắt mỏng mắt chu biên khi không thực hiện thành công bằng la-de. **(A:III)**
- Khi có cơn glô-côm cấp, thường phải dùng thuốc hạ NA để điều chỉnh NA, giảm đau và giảm phù giác mạc chuẩn bị cắt mỏng mắt chu biên. **(A:III)**
- Cắt mỏng mắt chu biên dự phòng cho mắt bên nếu thấy góc hẹp. **(A:II)**
- Perform cắt mỏng mắt chu biên từng mắt cho những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cả hai mắt (cách vài ngày) để tránh biến chứng đồng thời. **(A:III)**

Phẫu thuật và chăm sóc sau phẫu thuật cắt mỏng mắt chu biên

- Bảo đảm theo dõi hậu phẫu thích đáng. **(A:III)** Trước và sau phẫu thuật cần:
 - Ký giấy đồng ý phẫu thuật **(A:III)**
 - Phẫu thuật viên phải khám bệnh nhân trước mổ tối thiểu một lần **(A:III)**
 - Kiểm tra NA ít nhất một lần trong vòng 30 đến 120 phút sau phẫu thuật la-de **(A:II)**
 - Dùng thuốc chống viêm tại chỗ trong thời gian hậu phẫu, trừ phi có chống chỉ định **(A:III)**
- Nội dung đánh giá khi tái khám:
 - Đánh giá lỗ cắt mỏng mắt chu biên **(A:III)**
 - Đo NA **(A:III)**
 - Soi góc tiền phòng nếu chưa thực hiện được ngay sau khi cắt mỏng mắt chu biên **(A:III)**
 - Làm giãn đồng tử để giảm nguy cơ dính sau **(A:III)**
 - Soi đáy mắt **(A:III)**

- Điều trị nội khoa trước và ngay sau phẫu thuật để đề phòng tăng NA đột ngột, đặc biệt đối với những trường hợp bệnh nặng. **(A:III)**
- Chuyển hoặc khuyên bệnh nhân với tổn thương chức năng thị giác nặng hoặc mù đến với các dịch vụ phục hồi chức năng hoặc hỗ trợ xã hội phù hợp. **(A:III)**

Khám và theo dõi bệnh nhân cắt mộng mắt chu biên:

- Sau cắt mộng mắt chu biên, theo dõi bệnh nhân với tổn thương thị thần kinh như hướng dẫn trong phần glô-côm của AAO's PPPs. **(A:III)**
- Theo dõi tất cả những bệnh nhân khác, cũng theo hướng dẫn trong phần glô-côm của AAO's PPPs. **(A:III)**

Tư vấn cho những bệnh nhân không cắt mộng mắt chu biên:

- Cho bệnh nhân có nguy cơ glô-côm góc đóng biết những triệu chứng của cơn glô-côm cấp để nhận biết ngay khi có những triệu chứng này. **(A:III)**
- Cảnh báo bệnh nhân về những nguy hiểm khi dùng thuốc làm giãn đồng tử, kích hoạt cơn glô-côm. **(A:III)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

5 - GLÔ-CÔM GÓC MỜ - ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ CAO (Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (Thiết yếu)

- Tiền sử nhãn khoa **(A:III)**
- Tiền sử bệnh toàn thân **(A:III)**
- Tiền sử gia đình **(A:III)**
- Nghiên cứu các ghi chép trong hồ sơ bệnh án liên quan **(A:III)**
- Đánh giá ảnh hưởng chức năng thị giác hiện tại đối với công việc và sinh hoạt thường ngày. **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (Thiết yếu)

- Thị lực **(A:III)**
- Đồng tử **(B:II)**
- Khám bán phần trước trên đèn khe **(A:III)**
- Đo NA **(A:I)**
- Độ dày giác mạc trung tâm **(A:II)**
- Soi góc tiền phòng **(A:III)**
- Đánh giá đầu thị thần kinh và lớp sợi thần kinh võng mạc bằng công nghệ hình nổi phóng đại **(A:III)**
- Ghi nhận hình thể đầu thị thần kinh, tốt nhất là nhờ phân tích hình ảnh bằng máy vi tính hoặc hình nổi màu **(A:II)**
- Khám đáy mắt (sau khi làm giãn đồng tử nếu có thể) **(A:III)**
- Đo thị trường, tốt nhất là bằng thị trường kết tự động ngưỡng tĩnh **(A:III)**

Kế hoạch điều trị khi có chỉ định:

- Mục tiêu thích hợp ban đầu là đạt được NA đích thấp hơn trị số trung bình của các lần đo 20% và <24 mm Hg. **(A:I)**
- Chọn một phác đồ với hiệu quả tối đa và dung nạp tốt để điều trị đạt kết quả mong muốn. **(A:III)**

Tái khám - Hỏi bệnh sử

- Tần suất tái khám mắt **(A:III)**
- Tần suất tái các bệnh toàn thân và thay đổi sử dụng các thuốc điều trị bệnh toàn thân **(B:III)**
- Tác dụng ngoại ý của các thuốc mắt nếu bệnh nhân đang được điều trị **(A:III)**
- Tần suất và thời gian sử dụng thuốc glô-côm gần đây nhất nếu bệnh nhân đang được điều trị. **(B:III)**

Tái khám - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
- Đo NA, thời gian trong ngày đo **(A:III)**
- Soi góc tiền phòng khi nghi có vấn đề, tiền phòng nông hoặc thay đổi NA chưa rõ nguyên nhân **(A:III)**

Hướng dẫn chế độ tái khám [A:III]

Điều trị	Đạt NA đích	Nguy cơ tổn hại cao	Tần suất theo dõi	Tần suất khám thị thần kinh và thị trường
Không	N/A	Không	6-24 tháng	6-24 tháng
Không	N/A	Có	3-12 tháng	6-18 tháng
Yes	Có	Có	3-12 tháng	6-18 tháng
Yes	Không	Yes	< 4 tháng	3-12 tháng

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân về điều trị nội khoa:

- Thảo luận về các yếu tố nguy cơ và mức độ nguy hiểm, tiên lượng, cách điều trị và khả năng phải điều trị lâu dài. **(A:III)**
- Giải thích cho bệnh nhân về diễn biến thường quy của bệnh, sự cần thiết phải điều trị và mục đích của việc điều trị, tình trạng bệnh và lợi ích cũng như các rủi ro của các biện pháp điều trị. **(A:III)**
- Khuyến khích bệnh nhân báo cho bác sỹ những thay đổi về thể chất và tinh thần xảy ra khi sử dụng các thuốc điều trị glô-côm. **(A:III)**
- Hướng dẫn bệnh nhân bịt điểm lệ khi tra thuốc để giảm tác dụng toàn thân của thuốc tra. **(B:II)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

6 - BỆNH GLÔ-CÔM GÓC MỞ

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (Thiết yếu)

- Tiền sử nhãn khoa **(A:III)**
- Bệnh sử toàn thân **(A:III)**
- Tiền sử gia đình **(A:II)**
- Đánh giá tác động của chức năng thị giác với công việc và sinh hoạt hàng ngày **(A:III)**
- Nghiên cứu hồ sơ bệnh án **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (Thiết yếu)

- Thị lực **(A:III)**
- Đồng tử **(B:II)**
- Khám bán phần trước trên đèn khe **(A:III)**
- Đo NA **(A:I)** với ghi chép thời gian để theo dõi biến động **(B:III)**
- Độ dày giác mạc trung tâm **(A:II)**
- Soi góc tiền phòng **(A:III)**
- Đánh giá đầu thị thần kinh và lớp sợi thần kinh bằng thiết bị nhìn hình nổi phóng đại **(A:III)**
- Ghi nhận hình thể đầu thị thần kinh, tốt nhất là nhờ phân tích hình ảnh bằng máy vi tính hoặc hình nổi màu **(A:II)**
- Khám đáy mắt (với đồng tử giãn khi có thể) **(A:III)**
- Đo thị trường, tốt nhất là bằng thị trường kế tự động **(A:III)**

Lập kế hoạch điều trị

Xác định NA đích thấp hơn NA trước điều trị tối thiểu 20%. NA trước điều trị được coi là có thể gây tổn hại thị thần kinh. **(A:I)** Bệnh càng ở giai đoạn nặng, NA đích càng phải được xác định thấp hơn. **(A:III)**

- Trong nhiều trường hợp, các thuốc tra tại chỗ có thể giúp điều trị hiệu quả. **(A:III)**
- Tạo hình vùng bè bằng la-de là một lựa chọn ban đầu thay cho điều trị bằng thuốc tại chỗ **(A:I)**
- Phẫu thuật cắt bè trong một số trường hợp có thể là một lựa chọn ban đầu. **(A:I)**
- Chọn một phác đồ với hiệu quả tối đa và dung nạp tốt để điều trị đạt kết quả mong muốn. **(A:III)**

Phẫu thuật tạo hình vùng bè và chăm sóc hậu phẫu

Bảo đảm một chế độ chăm sóc hậu phẫu phù hợp. **(A:III)** Chế độ chăm sóc trước và sau mổ bao gồm:

- Ký giấy đồng ý phẫu thuật. **(A:III)**
- Phẫu thuật viên phải khám và đo NA trước phẫu thuật tối thiểu một lần. **(A:III)**
- Phải kiểm tra NA tối thiểu một lần trong vòng 30 đến 120 phút sau mổ. **(A:I)**
- Tái khám trong vòng 6 tuần sau mổ hoặc sớm hơn nếu nghi có tổn thương thị thần kinh do NA cao. **(A:III)**

Phẫu thuật cắt bè và chăm sóc hậu phẫu

Bảo đảm một chế độ chăm sóc hậu phẫu phù hợp. **(A:III)** Chế độ chăm sóc trước và sau mổ bao gồm:

- Ký giấy đồng ý phẫu thuật. **(A:III)**
- Phẫu thuật viên phải khám bệnh nhân trước phẫu thuật tối thiểu một lần. **(A:III)**
- Khám lại trong ngày hôm sau (12 đến 36 giờ sau mổ) và tối thiểu một lần trong vòng từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 10 sau mổ. **(A:II)**
- Đối với phẫu thuật không biến chứng, cần khám lại trong 6 tuần tiếp theo. **(A:III)**

- Sử dụng corticosteroids tại chỗ trong thời gian hậu phẫu, trừ trường hợp có chống chỉ định. **(A:II)**
- Những bệnh nhân có biến chứng phẫu thuật cần được theo dõi chặt chẽ hơn. **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân điều trị nội khoa

- Thảo luận chẩn đoán, mức độ nặng của bệnh, tiên lượng, phác đồ điều trị và cho bệnh nhân biết rằng việc điều trị có thể phải thực hiện suốt đời. **(A:III)**
- Hướng dẫn bệnh nhân bịt điểm lệ khi tra thuốc để giảm tác dụng toàn thân của thuốc tra. **(B:II)**
- Giải thích cho bệnh nhân về diễn biến thường quy của bệnh, sự cần thiết và mục đích của các biện pháp điều trị, tình trạng bệnh, lợi ích và nguy cơ của các phương án điều trị để bệnh nhân có thể tham gia, chủ động thực hiện các biện pháp điều trị. **(A:III)**

Nội dung đánh giá khi tái khám

Tiền sử khám bệnh

- Tần suất khám mắt **(A:III)**
- Tần suất khám và điều trị các bệnh toàn thân **(B:III)**
- Tác dụng phụ của các thuốc mắt **(A:III)**
- Tần suất và thời gian sử dụng thuốc hạ NA gần đây nhất và danh mục các thuốc đã sử dụng. **(B:III)**

Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
- Đo NA trong ngày **(A:III)**
- Đánh giá thị thần kinh và thị trường (xem bảng dưới) **(A:III)**

Đo lại độ dày giác mạc nếu có bất kỳ tác động nào làm thay đổi bề dày giác mạc trung tâm **(A:II)**

Kế hoạch điều trị nội khoa:

- Đánh giá NA đo được so với NA đích trong mỗi lần tái khám. **(A:III)**
- Khi khám, ghi chép liều dùng, tần suất sử dụng, tìm hiểu mức độ tuân thủ

điều trị mà mức độ thích ứng của bệnh nhân đối với các biện pháp khám và điều trị. **(A:III)**

- Soi góc tiền phòng nếu nghi glô-côm góc đóng, tiền phòng nông, có bất thường góc tiền phòng hoặc khi có biến động NA chưa rõ nguyên nhân. **(A:III)** Soi góc tiền phòng định kỳ (ví dụ: 1-5 năm). **(A:III)**
- Xem xét chế độ điều trị nếu không đạt được NA đích, cân nhắc lợi ích và tác dụng ngoại ý của các biện pháp điều trị thay thế hoặc bổ sung. **(A:III)**
- Nếu thuốc được sử dụng không giúp hạ NA, cần thay bằng thuốc khác đến khi điều trị có hiệu quả. **(A:III)**
- Điều chỉnh NA đích xuống thấp hơn nếu thị thần kinh hoặc thị trường có tổn thương tiến triển. **(A:III)**
- Để xác định tần suất tái khám hợp lý, cần đánh giá mức độ tổn thương, giai đoạn bệnh, tốc độ tiến triển, mức độ tăng NA so với NA đích và các nguy cơ tổn thương thị thần kinh khác. **(A:III)**
- Việc tái khám với tần suất hợp lý cần để thêm hoặc bớt thuốc để có được hiệu quả điều trị cao nhất. **(A:III)**

Khuyến nghị chế độ tái khám:

Đạt NA đích	Tổn thương tiến triển	Thời gian theo dõi (tháng)	Tần suất theo dõi [B:III]	Khám thị thần kinh [A:III]	Đo thị trường [A:III]
Được	Không	< 6	Trong vòng 6 tháng	3-12 tháng	3-12 tháng
Được	Không	> 6	Trong vòng 12 tháng	3-12 tháng	3-12 tháng
Được	Được	(không áp dụng)	Trong vòng 4 tháng	1-12 tháng	12 tháng
Không	Được hoặc không	(không áp dụng)	Trong vòng 4 tháng	1-12 tháng	12 tháng

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân điều trị nội khoa

- Khuyến khích bệnh nhân báo cho bác sỹ những thay đổi về thể chất và tinh thần xảy ra khi sử dụng các thuốc điều trị glô-côm. **(A:III)**
- Chuyển hoặc khuyên bệnh nhân với tổn thương chức năng thị giác nặng hoặc mù đến với các dịch vụ phục hồi chức năng hoặc hỗ trợ xã hội phù hợp. **(A:III)**

7 - HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

(Đánh giá ban đầu)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Các triệu chứng và dấu hiệu tại mắt **(A:III)**
- Các yếu tố làm nặng thêm **(B:III)**
- Mức độ kéo dài của các triệu chứng **(A:III)**
- Các thuốc dùng tại chỗ và hiệu quả với những triệu chứng **(A:III)**
- Tiền sử nhãn khoa, bao gồm
 - Đeo kính tiếp xúc, lịch đeo và chăm sóc **(A:III)**
 - Viêm kết mạc dị ứng **(B:III)**
 - Tiền sử phẫu thuật nhãn khoa **(A:III)** (ghép giác mạc, phẫu thuật đục thể thủy tinh, phẫu thuật khúc xạ)
 - Can thiệp trên điểm lệ **(A:III)**
 - Bệnh bề mặt nhãn cầu **(A:III)** (ví dụ: herpes simplex virus, varicella zoster virus, pemphigoid niêm mạc mắt, hội chứng Stevens-Johnson, tật không có móng mắt, bệnh thả mảnh ghép).
 - Phẫu thuật mi mắt **(A:III)** (ví dụ: phẫu thuật sụp mi, tạo hình mi, mổ quặm, lật mi).
 - Liệt Bell **(A:III)**
- Tiền sử bệnh toàn thân
 - Hút thuốc hoặc hút thuốc thụ động **(A:III)**
 - Các bệnh da liễu **(A:III)** (ví dụ: bệnh trứng cá đỏ)
 - Tần suất và cách rửa mặt, bao gồm cả cách vệ sinh mi và lông mi **(A:III)**

- Cơ địa dị ứng **(A:III)**
- Mãn kinh **(A:III)**
- Các bệnh viêm toàn thân **(A:III)** (ví dụ: hội chứng Sjogren, bệnh thái mẫn ghép, viêm khớp dạng thấp lu-pút ban đỏ hệ thống, bệnh cứng bì).
- Các bệnh toàn thân khác **(A:III)** (ví dụ: lymphoma, sarcoidosis)
- Các thuốc dùng toàn thân **(A:III)** (ví dụ: kháng histamin, thuốc lợi tiểu, các hoóc-môn và kháng hoóc-môn, thuốc chống trầm cảm, các thuốc điều trị loạn nhịp tim, isotretinoin, diphenoxylate/atropine, các thuốc chẹn beta-adrenergic, điều trị hoá chất và mọi thuốc chẹn cholin).
- Chấn thương **(A:III)** (ví dụ: bỏng hoá chất)
- Nhiễm virus mãn tính **(B:III)** (ví dụ: viêm gan C, HIV/AIDS))
- Phẫu thuật khác **(B:III)** (ví dụ: ghép tuỷ xương, phẫu thuật đầu, cổ, phẫu thuật điều trị đau thần kinh sinh 3)
- Điều trị tia xạ hốc mắt **(B:III)**
- Các bệnh thần kinh **(B:III)** (ví dụ: bệnh Parkinson, liệt Bell, hội chứng Riley-Day, đau thần kinh sinh ba).
- Khô miệng, đau răng, loét niêm mạc miệng **(B:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Khám ngoài mắt
 - Da **(A:III)**
 - Mi mắt **(A:I)**
 - Các bộ phận phụ cận **(A:III)**
 - Lồi mắt **(B:III)**
 - Chức năng dây thần kinh sọ não **(A:III)**
 - Tay **(B:III)**
- Khám trên đèn khe
 - Phim nước mắt **(A:III)**

- Lông mi **(A:III)**
- Bờ mi trước và sau **(A:III)**
- Các điểm lệ **(A:III)**
- Cùng đồ dưới và kết mạc sụn mi **(A:III)**
- Kết mạc nhãn cầu **(A:III)**
- Giác mạc **(A:III)**

Hướng xử trí

- Điều trị các nguyên nhân khô mắt. Những triệu chứng khô mắt thường do nhiều nguyên nhân gây ra. **(A:III)**
- Quy trình và phối hợp điều trị được xác định dựa trên chẩn đoán của bác sỹ điều trị, nhu cầu và yêu cầu của bệnh nhân **(A:III)**
- Đối với khô mắt nhẹ, những phương pháp điều trị dưới đây có thể phù hợp:
 - Giáo dục sức khỏe và điều chỉnh môi trường **(A:III)**
 - Ngừng sử dụng những thuốc tại chỗ hoặc toàn thân có thể gây khô mắt **(A:III)**
 - Điều trị thay thế bằng nước mắt nhân tạo, mỡ, gels **(A:III)**
 - Chườm ấm và vệ sinh mi mắt **(A:III)**
 - Điều trị các bệnh mắt như viêm bờ mi, viêm tuyến bã **(A:III)**
- Đối với khô mắt vừa, ngoài các biện pháp trên, có thể áp dụng những phương pháp sau:
 - Các thuốc chống viêm (cyclosporine tra mắt **(A:I)** và corticosteroids, **(A:II)** bổ sung axit béo omega-3 **(A:II)**)
 - Bịt điểm lệ **(A:III)**
 - Đeo kính có tấm chắn bên và giữ ẩm **(A:III)**
- Đối với khô mắt nặng, cần bổ sung:
 - Các thuốc cường cholin toàn thân **(A:I)**
 - Các thuốc chống viêm toàn thân **(A:III)**
 - Các thuốc phân huỷ mucin **(A:III)**

- Huyết thanh tự thân **(A:III)**
- Kính tiếp xúc **(A:III)**
- Điều chỉnh các bất thường mi mắt **(A:III)**
- Bịt điểm lệ vĩnh viễn **(A:III)**
- Theo dõi bệnh nhân được dùng corticosteroids để phát hiện những tác dụng phụ như tăng NA, nhức mỏi mắt và đục thể thủy tinh **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Tư vấn bệnh nhân về đặc điểm mãn tính và diễn biến điển hình của bệnh khô mắt. **(A:III)**
- Hướng dẫn cụ thể chế độ điều trị. **(A:III)**
- Kiểm tra lại thường xuyên sự tuân thủ điều trị và hiểu biết của bệnh nhân về bệnh, nguy cơ tổn thương thực thể kèm theo và những trông đợi thực tế về điều trị hiệu quả và tư vấn bổ sung. **(A:III)**
- Chuyển bệnh nhân với triệu chứng của bệnh toàn thân đến khám chuyên khoa phù hợp. **(A:III)**
- Cảnh báo bệnh nhân với khô mắt rằng phẫu thuật khúc xạ có thể làm khô mắt nặng thêm. **(A:III)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

8 - LÁC (LÉ) NGOÀI

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (thiết yếu)

- Các triệu chứng và dấu hiệu bệnh (A:III).
- Tiền sử bệnh mắt (thời gian khởi đầu; tình trạng lệch mắt; có bị song thị không?) (A:III).
- Tiền sử bệnh toàn thân (bao gồm các yếu tố y khoa liên quan đến thời kỳ trong bào thai, chu sinh và sau sinh) (A:III).
- Tiền sử gia đình, bao gồm lé mắt, nhược thị, phẫu thuật cơ vận nhãn, các bệnh có liên quan đến di truyền (A:III).

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (thiết yếu)

- Thị lực(A:III).
- Độ lệch (khi nhìn gần và khi nhìn xa) và vận nhãn(A:III).
- Chức năng cơ vận nhãn (A:III).
- Khám phát hiện rung giật nhãn cầu (A:III).
- Khám nghiệm cảm thụ (A:III).
- Khám khúc xạ khách quan có liệt điều tiết (A:III).
- Khám đáy mắt (A:III).

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị mọi dạng lé ngoài và cần tái lập cân bằng 2 mắt càng sớm càng tốt nếu tình trạng lé chiếm đa số thời gian trong ngày (A:III).
- Cho đeo kính với mọi tật khúc xạ (A:III).
- Chỉ định điều trị tùy từng loại lé.

TÁI KHÁM, THEO DÕI:

- Theo dõi định kỳ đến khi chức năng thị giác thiết lập ổn định (A:III).
- Giảm tần suất tái khám nếu tình trạng lé ổn định (A:III).
- Mỗi lần tái khám hỏi tình hình ở nhà giữa hai lần khám, Có thực hiện đúng các chỉ dẫn điều trị (nếu có) không?, thực hiện các khám nghiệm vận nhãn thường quy (A:III).

TẦN SUẤT TÁI KHÁM THEO DỠI LÉ NGOÀI

TUỔI (Năm)	TẦN SUẤT TÁI KHÁM (Tháng/ lần)
0 – 1	3 – 6
1 – 5	6 – 12
5	12 – 24

Ghi chú: tần suất tái khám sẽ cao hơn nếu có che mắt hoặc có lé tái phát.

TƯ VẤN BỆNH NHÂN:

- Giải thích tình trạng bệnh với bệnh nhân khi thích hợp và/hoặc với phụ huynh để giúp tăng hiểu biết về bệnh lý và giúp họ hợp tác tốt trong điều trị (A:III).
- Tư vấn kỹ về kế hoạch điều trị với bệnh nhân và/hoặc gia đình (A:III).

9 - LÁC (LÉ) TRONG

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (thiết yếu)

- Các triệu chứng và dấu hiệu bệnh (A:III).
- Tiền sử bệnh mắt (thời gian khởi đầu; tình trạng lệch mắt; có bị song thị không?) (A:III).
- Tiền sử bệnh toàn thân (bao gồm các yếu tố y khoa liên quan đến thời kỳ trong bào thai, chu sinh và sau sinh) (A:III).
- Tiền sử gia đình, bao gồm lé mắt, nhược thị, phẫu thuật cơ vận nhãn, các bệnh có liên quan đến di truyền (A:III).

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (thiết yếu)

- Thị lực (A:III).
- Độ lệch (ở thị giác gần và xa) và vận động của nhãn cầu (A:III).
- Chức năng cơ vận nhãn (A:III).
- Khám phát hiện rung giật nhãn cầu (A:III).
- Khám nghiệm cảm thụ (A:III).
- Khám khúc xạ khách quan có liệt điều tiết (A:III).
- Khám đáy mắt (A:III).

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

- Điều trị mọi dạng lé trong và cần tái lập chỉnh thị lập tức (A:III).
- Cho đeo kính với mọi tật khúc xạ (A:I).
- Nếu sau đeo kính mắt chưa chỉnh thị sẽ chỉ định phẫu thuật (A:III).
- Điều trị nhược thị trước phẫu thuật để giảm góc lé hoặc tăng khả năng hồi phục thị giác hai mắt (A:III).

KẾ HOẠCH TÁI KHÁM, THEO DÕI

- Theo dõi định kỳ đến tuổi trưởng thành (A:II).
- Cần kiểm tra lé đứng trên mỗi 1 – 2 năm (A:III).
- Khi có các thay đổi trong thị lực, nhược thị, hay tình trạng chỉnh thị không ổn định cần đo lại khúc xạ có liệt điều tiết (A:III).

- Khi tình trạng ổn định, cần tái khám theo dõi mỗi 1 – 2 năm trong tuổi thiếu niên (A:I).

TẦN SUẤT TÁI KHÁM THEO DÕI LÉ TRONG

TUỔI (Năm)	TẦN SUẤT TÁI KHÁM (Tháng/ lần)
0 – 1	3 – 6
1 – 5	6 – 12
5	12 – 24

Ghi chú: tần suất tái khám sẽ cao hơn nếu có nhược thị hoặc có lé tái phát.

TƯ VẤN BỆNH NHÂN:

- Giải thích tình trạng bệnh với bệnh nhân khi thích hợp và/hoặc với phụ huynh để giúp tăng hiểu biết về bệnh lý và giúp họ hợp tác tốt trong điều trị (A:III).
- Tư vấn kỹ về kế hoạch điều trị với bệnh nhân và/hoặc gia đình (A:III).

11 - NHƯỢC THỊ

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử (Thiết yếu)

- Các triệu chứng và dấu hiệu bệnh (A:III).
- Tiền sử bệnh mắt (A:III).
- Tiền sử bệnh toàn thân, bao gồm các yếu tố y khoa liên quan đến thời kỳ trong bào thai, chu sinh và sau sinh (A:III).
- Tiền sử gia đình, bao gồm tình trạng mắt và các bệnh lý toàn thân có liên quan (A:III).

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng (Thiết yếu)

- Đánh giá thị lực và tình trạng định thị (A:III).
- Khám vận động nhãn cầu và kiểm tra tình trạng lé mắt (A:III).
- Kiểm tra ánh đồng tử, so sánh hai mắt - Tét Bruckner (A:III).
- Khám phản xạ đồng tử (A:III).
- Khám vùng quanh mắt (A:III).
- Khám bán phần trước (A:III).
- Khám khúc xạ khách quan có liệt điều tiết (A:III).
- Khám đáy mắt (A:III).
- Khám thị giác hai mắt (A:III).

Hướng xử trí

- Chọn phương pháp điều trị dựa trên các yếu tố: tuổi của bệnh nhân; thị lực; mức độ hợp tác; cùng các yếu tố về thể trạng, xã hội và tâm lý của bệnh nhân (A:III).
- Mục đích điều trị là đạt được thị lực hoặc tình trạng định thị bình thường hay cân bằng giữa hai mắt (A:III).
- Một khi đã đạt được thị lực tối đa, điều trị cần giảm lại hoặc ngưng (A:III).

Nội dung đánh giá khi tái khám

- Hỏi tình hình ở nhà giữa hai lần khám (A:III).
- Có thực hiện đúng các chỉ dẫn điều trị không? (A:III)
- Thực hiện các khám nghiệm cần thiết (A:III).

TẦN SUẤT THEO DỠI TRONG ĐIỀU TRỊ NHƯỢC THỊ TÍCH CỰC

TUỔI (Năm)	CHE MẮT NHIỀU (≥ 6 giờ/ ngày)	CHE MẮT ÍT (≤ 6 giờ/ ngày hoặc gia phạt)	ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ HOẶC THEO DỠI (tháng / lần)
0 – 1	1 – 4 tuần	2 – 8 tuần	1 – 4 tháng
1 – 2	2 – 8 tuần	2 – 4 tháng	2 – 4 tháng
2 – 3	3 – 12 tuần	2 – 4 tháng	2 – 4 tháng
3 – 4	4 – 16 tuần	2 – 6 tháng	2 – 6 tháng
4 – 5	4 – 16 tuần	2 – 6 tháng	2 – 6 tháng
5 – 7	6 – 16 tuần	2 – 6 tháng	2 – 6 tháng
7 – 9	8 – 16 tuần	3 – 6 tháng	3 - 12 tháng

TƯ VẤN BỆNH NHÂN:

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về chẩn đoán, mức độ tổn hại, tiên lượng và kế hoạch điều trị (A:III).
- Giải thích các khó khăn gặp phải trong điều trị và hướng dẫn cụ thể các bước thực hiện tại nhà cho gia đình bệnh nhân (A:III).

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

12 - PHẪU THUẬT KHÚC XẠ

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Hiện trạng chức năng thị giác **(A:III)**
- Tiền sử nhãn khoa **(A:III)**
- Tiền sử bệnh toàn thân **(A:III)**
- Các thuốc đang dùng **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực chưa chỉnh kính **(A:III)**
- Đo khúc xạ, với liệt điều tiết nếu cần. **(A:III)**
- Bản đồ giác mạc số hoá **(A:III)**
- Đo độ dày giác mạc trung tâm **(A:III)**
- Đánh giá phim nước mắt **(A:III)**
- Đánh giá cân bằng 2 mắt và vận nhãn **(A:III)**

Hướng xử trí

- Ngừng đeo kính tiếp xúc trước khi khám và làm các thủ thuật chuẩn bị phẫu thuật. **(A:III)**
- Cho bệnh nhân biết lợi ích, các lựa chọn điều chỉnh khúc xạ sẵn có và các nguy cơ tiềm tàng **(A:III)**
- Ký giấy đồng ý phẫu thuật; bệnh nhân cần được tạo điều kiện để được trả lời mọi câu hỏi trước khi thực hiện phẫu thuật **(A:III)**
- Để mổ LASIK, độ dày nhu mô sau phẫu thuật phải ≥ 250 um **(A:III)**
- Kiểm tra và hiệu chỉnh dụng cụ trước phẫu thuật **(A:III)**

- Phẫu thuật viên xác nhận thông tin cá nhân của bệnh nhân, mắt mổ và các thông số đã được nhập vào máy tính điều khiển la-de đúng. **(A:III)**

Chăm sóc hậu phẫu

- Phẫu thuật viên chịu trách nhiệm tổ chức, quản lý chăm sóc hậu phẫu **(A:III)**
- Đối với những kỹ thuật “gọt” bề mặt, cần khám ngay ngày sau mổ và sau đó 2-3 ngày một lần cho đến khi biểu mô hoá hoàn thành. **(A:III)**
- Đối với LASIK không biến chứng, tái khám trong vòng 48 giờ sau mổ, lần khám tiếp theo sau mổ 1 đến 4 tuần. **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khoẻ cho bệnh nhân

Thảo luận về lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật đối với bệnh nhân. **(A:III)**

Nội dung thảo luận bao gồm:

- Phạm vi kết quả trông đợi từ phẫu thuật
- Tật khúc xạ tồn dư
- Chỉnh kính đọc sách và / hoặc nhìn xa sau mổ
- Kết quả không bằng thị lực được chỉnh kính tốt nhất
- Hiệu ứng không mong muốn và biến chứng (ví dụ: viêm giác mạc do vi khuẩn, viêm giác mạc vô khuẩn, phòng giác mạc).
- Thay đổi chức năng thị giác không thể hiện trên thị lực Snellen như bị loá,...
- Các triệu chứng nhìn đêm (ví dụ: nhìn chói loá, thấy quầng); Cần nhắc kỹ lưỡng những vấn đề này đối với những bệnh nhân có độ lệch khúc xạ cao hoặc những người có yêu cầu cao về chức năng thị giác trong điều kiện chiếu sáng kém.
- Các triệu chứng khô mắt phát triển hoặc nặng thêm.
- Ưu, nhược điểm đối với các bệnh nhân đến tuổi lão thị.
- Ưu, nhược điểm của phương pháp thường quy và công nghệ dẫn mặt sóng
- Ưu, nhược điểm của cách mổ cả 2 mắt trong ngày và cách mổ từng mắt. Do thị lực có thể kém vài ngày sau cách mổ 2 mắt cùng ngày, bệnh nhân cần được biết rằng một số việc như lái xe có thể không thực hiện được trong vài tuần.
- Kế hoạch chăm sóc hậu phẫu (lập kế hoạch, người thực hiện).

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

17 - VIÊM BỜ MI

(Đánh giá ban đầu và tái khám)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Các triệu chứng và dấu hiệu tại mắt **(A:III)**
- Thời gian các triệu chứng nặng lên trong ngày **(A:III)**
- Mức độ kéo dài của các triệu chứng **(A:III)**
- Tổn thương ở một mắt hay cả hai mắt **(A:III)**
- Các yếu tố làm nặng thêm (ví dụ: khói thuốc, các chất gây dị ứng, gió, kính tiếp xúc, khí hậu khô, thực đơn nhất định, rượu, mỹ phẩm) **(A:III)**
- Triệu chứng liên quan đến các bệnh toàn thân (ví dụ: hội chẩn trứng cá đỏ, dị ứng) **(A:III)**
- Các thuốc dùng tại chỗ và toàn thân đã dùng và đang dùng **(A:III)**
- Tiếp xúc gần đây với các bệnh nhân khác (ví dụ: bệnh chấy rận) **(C:III)**
- Tiền sử nhãn khoa (ví dụ: phẫu thuật mi mắt hoặc nội nhãn đã thực hiện, các chấn thương khác, bao gồm cả chấn thương cơ giới, bỏng nhiệt, hoá chất và tia xạ) **(A:III)**
- Bệnh sử toàn thân (ví dụ: các bệnh da liễu như hội chẩn trứng cá đỏ, các bệnh dị ứng và zona mắt) **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Thăm khám bên ngoài
 - Da **(A:III)**
 - Mi mắt **(A:III)**

- Khám trên đèn khe
 - Phim nước mắt **(A:III)**
 - Bờ trước mi mắt **(A:III)**
 - Lông mi **(A:III)**
 - Bờ sau mi mắt **(A:III)**
 - Kết mạc sụn mi **(A:III)**
 - Kết mạc nhãn cầu **(A:III)**
 - Giác mạc **(A:III)**
- Đo NA **(A:III)**

Các nghiệm pháp chẩn đoán

- Có thể cần làm xét nghiệm nội cấy vi khuẩn (NCVK) cho những bệnh nhân bị viêm bờ mi trước nặng, tái phát và những bệnh nhân không đáp ứng điều trị **(A:III)**
- Cần làm sinh thiết bờ mi để loại trừ carcinoma khi tổn thương 2 bên không đều, không đáp ứng điều trị hoặc chấp tái phát cùng chỗ không đáp ứng điều trị tốt. **(A:II)**
- Cần hội chẩn bác sĩ giải phẫu bệnh trước khi làm sinh thiết loại trừ ung thư tuyến bã. **(A:II)**

Hướng xử trí

- Bắt đầu điều trị bệnh bằng chế độ chườm ấm và vệ sinh mi mắt. **(A:III)**
- Đối với những bệnh nhân do tụ cầu vàng (staphylococcus), có thể dùng kháng sinh tại chỗ như erythromycin ≥ 1 lần / ngày hoặc buổi tối trong ≥ 1 tuần. **(A:III)**
- Đối với những bệnh nhân có tổn hại chức năng tuyến bã và các triệu chứng không giảm nhẹ nhờ vệ sinh mi mắt, có thể sử dụng thuốc uống nhóm tetracyclines. **(A:III)**
- Có thể dùng một đợt ngắn corticosteroids tại chỗ để giảm viêm bờ mi và bề mặt nhãn cầu. Cần sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả và tránh dùng lâu dài. **(A:III)**

dung đánh giá khi tái khám

- Diễn biến bệnh **(A:III)**
 - Thị lực **(A:III)**
 - Thăm khám ngoài **(A:III)**
 - Khám trên đèn khe **(A:III)**
- Nếu bệnh nhân được điều trị corticosteroid, cần đánh giá hiệu quả trong vài tuần để xác định đáp ứng điều trị, đo NA và đánh giá mức độ tuân thủ điều trị. **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Tư vấn bệnh nhân về đặc điểm mãn tính và tái phát của bệnh này. **(A:III)**
- Cho bệnh nhân biết rằng các triệu chứng có thể cải thiện nhưng ít khi khỏi hẳn. **(A:III)**
- Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân về tình huống khi chườm ấm và vệ sinh mi mắt có hiệu quả thì các triệu chứng vẫn có thể tái phát nếu ngừng điều trị nên có thể cần điều trị lâu dài **(A:III)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

18 - VIÊM GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Các triệu chứng ở mắt **(A:III)**
- Tiền sử đeo kính tiếp xúc **(A:II)**
- Tiền sử các bệnh mắt **(A:III)**
- Thông tin về các bệnh khác và các thuốc dùng toàn thân **(A:III)**
- Các thuốc mắt sử dụng hiện nay và trong thời gian gần đây **(A:III)**
- Dị ứng thuốc **(A:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Hình ảnh toàn diện của bệnh nhân **(B:III)**
- Quan sát, khám vùng mắt **(B:III)**
- Tình trạng mi mắt và độ khép kín **(A:III)**
- Kết mạc **(A:III)**
- Lệ đạo **(B:III)**
- Cảm giác giác mạc **(A:III)**
- Khám trên đèn khe
 - Bờ mi **(A:III)**
 - Kết mạc **(A:III)**
 - Củng mạc **(A:III)**
 - Giác mạc **(A:III)**

- Tiền phòng **(A:III)**
- Dịch kính trước **(A:III)**
- Khám mắt bên **(A:III)**

Các nghiệm pháp chẩn đoán

- Điều trị hầu hết những ca mắc phải bằng cách thường quy và không cần làm xét nghiệm soi tươi hoặc nuôi cấy **(A:III)**
- Cần làm xét nghiệm soi tươi hoặc nuôi cấy khi:
 - Trước khi bắt đầu điều trị một viêm giác mạc nặng, nguy hiểm và nghi do một loại vi khuẩn nhất định **(A:III)**
 - Viêm giác mạc kèm theo thâm nhiễm tế bào viêm rộng, sâu đến một nửa bề dày giác mạc hoặc sâu hơn **(A:III)**
 - Viêm giác mạc mãn tính **(A:III)**
 - Không đáp ứng điều trị bằng kháng sinh phổ rộng. **(A:III)**
 - Bệnh cảnh lâm sàng gợi ý nguyên nhân là nấm, ký sinh trùng acanthamoeba hoặc mycobacteria. **(A:III)**
- Mủ tiền phòng ở những mắt bị viêm giác mạc thường vô khuẩn và không nên lấy dịch tiền phòng hoặc dịch kính để xét nghiệm trừ phi nghi nhiều đến viêm nội nhãn do vi khuẩn. **(A:III)**
- Bệnh phẩm lấy từ giác mạc cần được đưa ngay vào môi trường nuôi cấy để có kết quả tin cậy nhất. **(A:III)**. Nếu không có điều kiện thì đựng bệnh phẩm trong môi trường bảo quản để chuyển đi. **(A:III)**. Nói chung, phải nuôi cấy nhanh càng tốt. **(A:III)**

Hướng xử trí

- Kháng sinh tại chỗ là lựa chọn ưu tiên trong hầu hết các trường hợp **(A:III)**
- Sử dụng kháng sinh phổ rộng ngay từ đầu khi nghĩ đến vi khuẩn. **(A:III)**
- Đối với viêm giác mạc trung tâm hoặc hình thái nặng (ví dụ: tổn thương nhu mô sâu hoặc thâm nhiễm tế bào > 2 mm với nhiều tiết tố mủ), sử dụng liều tấn công (ví dụ: tra thuốc 5 đến 15 phút 1 lần trong 1 đến 3 giờ đầu), sau đó tra thuốc thường xuyên (ví dụ: 30 hoặc 1 giờ 1 lần). **(A:III)** Những trường hợp không nặng quá có thể cần tra thuốc ít lần hơn. **(A:III)**
- Sử dụng kháng sinh toàn thân điều trị viêm giác mạc do lậu. **(A:II)**
- Nhìn chung, cần điều chỉnh cách điều trị ban đầu nếu tổn thương không ổn

định hoặc đỡ hơn trong vòng 48 giờ. **(A:III)**

- Đối với những bệnh nhân đang được điều trị bằng corticosteroids tại chỗ đến khám và nghi bị viêm giác mạc do vi khuẩn, phải giảm liều hoặc ngừng corticosteroids cho đến khi kiểm soát được nhiễm trùng. **(A:III)**
- Khi trực quang học bị vùng thâm nhiễm tế bào xâm lấn, có thể bổ sung corticosteroid tại chỗ nhưng phải sau khi tổn thương tiến triển tốt với điều trị kháng sinh tại chỗ trong 2 đến 3 ngày. **(A:III)** Tiếp tục điều trị tích cực bằng kháng sinh tại chỗ rồi giảm dần. **(A:III)**
- Cần tái khám bệnh nhân trong vòng 1 đến 2 ngày sau khi bắt đầu dùng corticosteroid tại chỗ. **(A:III)**

Nội dung đánh giá khi tái khám

- Tần suất tái khám phụ thuộc mức độ nặng của bệnh nhưng phải theo dõi những ca nặng hàng ngày cho đến khi tổn thương ổn định hoặc có cải thiện lâm sàng rõ rệt. **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Cung cấp thông tin cho bệnh nhân về các yếu tố nguy cơ và mức độ nguy hiểm trong việc gây viêm giác mạc do vi khuẩn, các dấu hiệu và triệu chứng nhiễm khuẩn và đến khám bác sĩ mắt ngay nếu có những dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh. **(A:III)**
- Giải thích cho bệnh nhân về tính nguy hiểm của viêm giác mạc do vi khuẩn và yêu cầu tuân thủ chặt chẽ chế độ điều trị. **(A:III)**
- Trao đổi về khả năng tiên lượng xấu về chức năng thị giác và nhu cầu phục hồi chức năng trong trường hợp này. **(A:III)**
- Giải thích cho bệnh nhân về nguy cơ cao của kính tiếp xúc, nhất là loại đeo cả đêm, đối với viêm giác mạc do nhiễm trùng và tầm quan trọng của việc bảo đảm vệ sinh kính tiếp xúc. **(A:III)**
- Chuyển bệnh nhân với tổn hại thị lực nặng tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng nếu không điều trị phẫu thuật (chi tiết, xem trên: www.aao.org/smartsight). **(A:III)**

Điều trị kháng sinh viêm giác mạc do vi khuẩn [A:III]

Tác nhân	Kháng sinh	Tra tại chỗ	Dưới kết mạc
Không xác định được tác nhân hoặc có nhiều tác nhân	Cefazolin với Tobramycin hoặc gentamicin hoặc Fluoroquinolones*	50 mg / ml 9-14 mg / ml 3 hoặc 5 mg / ml hoặc các cách khác **	100 mg / 0.5 ml 20 mg / 0.5 ml
Cầu khuẩn Gram-dương	Cefazolin Vancomycin*** Bacitracin*** Fluoroquinolones*	50 mg/ml 15-50 mg/ml 10,000 IU các cách khác **	100 mg / 0.5 ml 25 mg / 0.5 ml
Trực khuẩn Gram-âm	Tobramycin or gentamicin Ceftazidime Fluoroquinolones	9-14 mg/ml 50 mg/ml hoặc các cách khác **	20 mg / 0.5 ml 100 mg / 0.5 ml
Cầu khuẩn Gram-âm ****	Ceftriaxone Ceftazidime Fluoroquinolones	50 mg/ml 50 mg/ml hoặc các cách khác **	100 mg / 0.5 ml 100 mg / 0.5 ml
Mycobacteria không gây lao	Amikacin Clarithromycin Azithromycin***** Fluoroquinolones	20-40 mg/ml 10 mg/ml 10 mg/ml các cách khác **	20 mg / 0.5 ml
Nocardia	Sulfacetamide Amikacin Trimethoprim/Sulfa methoxazole: Trimethoprim Sulfamethoxazole	100 mg/ml 20-40 mg/ml 16 mg/ml 80 mg/ml	20 mg / 0.5 ml

*Có ít cầu khuẩn gram-dương nhờn thuốc gatifloxacin và moxifloxacin hơn các fluoroquinolones khác.

**Ciprofloxacin 3 mg/ml; gatifloxacin 3 mg/ml; levofloxacin 15 mg/ml; moxifloxacin 5mg/ml; ofloxacin 3 mg/ml.

***Dùng cho các chủng Enterococcus và Staphylococcus nhờn thuốc và những bệnh nhân dị ứng penicillin. Vancomycin và Bacitracin không có tác dụng với vi khuẩn gram-âm và không nên dùng đơn lẻ để điều trị viêm giác mạc do vi khuẩn khi không làm kháng sinh đồ.

**** Cần điều trị toàn thân những trường hợp nghi do lậu cầu.

***** Nguồn: Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001; 132:819-30.

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org

19 - VIÊM KẾT MẠC

(Khám lần đầu và điều trị)

Mức độ quan trọng - A: Quan trọng nhất; B: Quan trọng vừa; C: Có ích nhưng không thiết yếu. **Mức độ tin cậy** - I: độ tin cậy cao (là kết quả các nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm chứng); II: độ tin cậy vừa (là kết quả các nghiên cứu kiểm chứng, tiến cứu, đa trung tâm); III: đồng thuận (là kết quả báo cáo ca điển hình, mô tả, ý kiến của nhóm chuyên gia).

Khám lần đầu - hỏi bệnh sử

- Các triệu chứng và dấu hiệu tại mắt (ví dụ: ngứa, kích thích, tiết tố, đau, sợ ánh sáng, giảm thị lực) **(A:III)**
- Khoảng thời gian có triệu chứng **(A:III)**
- Các yếu tố làm nặng thêm **(A:III)**
- Bị một bên mắt hay cả hai **(A:III)**
- Đặc điểm của tiết tố **(A:III)**
- Tiếp xúc với bệnh nhân gần đây **(A:III)**
- Chấn thương (cơ giới, hoá chất, bỏng hàn) **(A:III)**
- Đeo kính tiếp xúc (ví dụ: loại kính, chế độ vệ sinh và sử dụng) **(A:III)**
- Những triệu chứng và dấu hiệu liên quan đến các bệnh toàn thân (ví dụ: khí hư, đái buốt, viêm đường hô hấp trên, các tổn thương da và niêm mạc) **(A:III)**
- Dị ứng, bệnh hen, eczema **(A:III)**
- Sử dụng thuốc tại chỗ hoặc toàn thân **(A:III)**
- Sử dụng các sản phẩm chăm sóc cá nhân **(A:III)**
- Tiền sử nhãn khoa (ví dụ: các lần bị viêm kết mạc trước đây **(A:III)** và phẫu thuật mắt đã thực hiện) **(B:III)**
- Tiền sử bệnh toàn thân (ví dụ: hội chẩn suy giảm miễn dịch, các bệnh toàn thân hiện nay và trước đây) **(B:III)**
- Tiền sử xã hội (ví dụ: hút thuốc, nghề nghiệp và sở thích, di lại và quan hệ tình dục) **(C:III)**

Khám lần đầu - Thăm khám lâm sàng

- Thị lực **(A:III)**
- Khám bên ngoài
 - Tình trạng hạch lim-phô khu vực (đặc biệt là hạch trước tai) **(A:III)**
 - Da **(A:III)**
 - Các bất thường mi mắt và các bộ phận phụ cận nhãn cầu **(A:III)**
 - Kết mạc **(A:III)**
- Khám trên đèn khe
 - Bờ mi **(A:III)**
 - Lông mi **(A:III)**
 - Các điểm lệ và lệ quản **(B:III)**
 - Kết mạc sụn mi và kết mạc cùng đồ **(A:II)**
 - Kết mạc nhãn cầu / vùng rìa **(A:II)**
 - Giác mạc **(A:I)**
 - Tiền phòng / móng mắt **(A:III)**
 - Kết quả nhuộm kết giác mạc **(A:III)**

Các nghiệm pháp chẩn đoán

- NCVK, xét nghiệm tế bào và nhuộm chẩn đoán được chỉ định với các trường hợp nghi viêm kết mạc sơ sinh. **(A: I)**
- Cần lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào khi nghi viêm kết mạc do lậu cầu. **(A:II)**
- Chẩn đoán xác định viêm kết mạc sơ sinh hoặc viêm kết mạc người lớn do Chlamydia bằng các xét nghiệm miễn dịch hoặc nuôi cấy. **(A:III)**
- Làm sinh thiết kết mạc nhãn cầu và lấy bệnh phẩm từ vùng không tổn thương gần vùng rìa trên những mắt đang viêm khi nghĩ đến bệnh Pemphigoid niêm mạc. **(A:III)**
- Cần sinh thiết toàn bộ bề dày mi mắt khi nghĩ đến ung thư (carcinoma) tuyến bã. **(A:II)**

Hướng xử trí

- Tránh lạm dụng kháng sinh hoặc corticosteroids tại chỗ vì kháng sinh có độc tính và corticosteroids có thể kéo dài nhiễm trùng adenovirus và làm nặng tổn thương do herpes simplex virus. **(A:III)**
- Điều trị viêm kết mạc dị ứng bằng cách kết hợp thuốc kháng histamine với thuốc co mạch hoặc thuốc chặn thụ thể histamine H₁. **(A:III)** Nếu hay bị tái phát hoặc không đáp ứng điều trị thì cần sử dụng thuốc ổn định dưỡng bào. **(A:I)**
- Đối với viêm kết giác mạc do kính tiếp xúc, cần ngừng đeo kính tiếp xúc ≥ 2 tuần. **(A:III)**
- Nếu có chỉ định dùng corticosteroids, cần sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả và dung nạp được **(A:III)**
- Nếu đang sử dụng corticosteroids, cần đo NA từ đầu **(A:III)**
- Sử dụng kháng sinh toàn thân để điều trị viêm kết mạc do *Neisseria gonorrhoeae* **(A:I)** hoặc *Chlamydia trachomatis*. **(A:II)**
- Điều trị bệnh tình của bệnh nhân để giảm nguy cơ tái phát khi lây qua đường tình dục và giới thiệu những đối tượng này điều trị chuyên khoa thích hợp. **(A:III)**

Nội dung đánh giá khi tái khám

- Diễn biến bệnh **(A:III)**
- Thị lực **(A:III)**
- Khám trên đèn khe **(A:III)**
 - Nếu sử dụng corticosteroids, cần đo NA thường xuyên và làm giãn đồng tử, soi đáy mắt để đánh giá đục thể thủy tinh và glô-côm **(A:III)**

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân

- Tư vấn bệnh nhân với các bệnh truyền nhiễm để giảm hoặc đề phòng lây lan trong cộng đồng **(A:III)**
- Giải thích cho bệnh nhân có chỉ định tái sử dụng corticosteroid điều trị tại chỗ ngăn ngừa về các biến chứng có thể xảy ra **(A:III)**
- Bệnh nhân viêm kết mạc dị ứng cần biết rằng việc giặt quần áo thường xuyên và tắm trước khi đi ngủ có thể có ích **(B:III)**

* Tài liệu này được soạn thảo dựa trên *Tóm tắt các chuẩn mực của Viện Hàn Lâm Nhãn khoa Hoa Kỳ*, tháng 8 năm 2008, trên website: www.aao.org