

BÔNG MẮT DO HÓA CHẤT

Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa:

Bông mắt là một cấp cứu đáng lo ngại do tình trạng nặng và thường xảy ra ở hai mắt. Bệnh còn đáng lo ngại bởi trong những hình thái nặng, không có phương pháp điều trị nào có khả năng dẫn đến hồi phục với một thị lực hữu ích.

1.2. Nguyên nhân:

Bông mắt có thể do nhiều tác nhân, tập trung thành các nhóm:

- Bông do hóa chất thường gặp nhất là acid và base.
- Bông do nhiệt.
- Bông do một số tác nhân khác: tia cực tím như ánh lửa hàn.

Mức độ trầm trọng của bông do hóa chất tùy thuộc nồng độ, thời gian tiếp xúc, diện tích tiếp xúc với hóa chất, độ pH.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

2.1. Bệnh sử:

Bệnh nhân bị tai nạn, mắt tiếp xúc trực tiếp với hóa chất có thể gây bông.

2.2. Khám lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng: Đau dữ dội, chảy nước mắt, co quắp mi.
- Triệu chứng thực thể:

Cấp độ và tiên lượng bỏng mắt do hóa chất

CẤP ĐỘ	TÔN THƯƠNG	TIÊN LƯỢNG
NHE	- Giác mạc: khuyết biểu mô. - Kết mạc: không khiếm dưỡng.	Không có hay có ít sẹo. Thị lực giảm 1 – 2 hàng.
TRUNG BÌNH	- Giác mạc: đục trung bình. - Kết mạc: có ít hay không có khiếm dưỡng.	Sẹo giác mạc trung bình. Tân mạch ngoại vi giác mạc. Thị lực giảm 2 – 7 hàng.
TRUNG BÌNH-NẶNG	- Giác mạc: đục mờ không trông rõ chi tiết mỏng. - Kết mạc: khiếm dưỡng < 1/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo kéo dài. Giác mạc bị sẹo và tân mạch. Thị lực < 1/10.
NẶNG	- Giác mạc: Trắng mờ không quan sát rõ chi tiết đồng tử. - Kết mạc: khiếm dưỡng 1/3 – 2/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo giác mạc rất lâu. Tần suất loét và thủng cao. Trường hợp may mắn, sẹo và tân mạch trầm trọng. Thị lực giảm còn đếm ngón tay.
RẤT NẶNG	- Giác mạc: hoàn toàn trắng, không thấy đồng tử. - Kết mạc: khiếm dưỡng > 2/3 chu vi rìa.	Rất lâu lành. Loét và thủng thường gặp. Sẹo và tân mạch trầm trọng. Teo nhãn.

2.3. Cận lâm sàng:

- Đo độ pH.
- Xét nghiệm tìm hóa chất còn lại tại mắt.

3. CHẨN ĐOÁN:**3.1. Chẩn đoán xác định:**

- Dựa vào bệnh sử có bị tai nạn tiếp xúc với hóa chất gây bỏng mắt.
- Dựa vào triệu chứng tổn thương thực thể trên nhãn cầu.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Bỏng do hóa chất có thể gặp do tai nạn lao động, tiêu cực xã hội hoặc chiến tranh. Hóa chất thường gặp là chất kiềm ammonia, vôi, NaOH hoặc acid như acid sulphuric, hydrochloric, acetic, hay phosphor.

- Dựa vào bệnh sử: bệnh nhân bị hóa chất vào mắt.
- Hóa chất còn lại tại mắt.
- Đo pH tại cùng đồ kết mạc.
- Xét nghiệm tìm hóa chất.

3.3. Chẩn đoán độ nặng-giai đoạn:

Tùy theo mức độ tổn thương kết - giác mạc để chẩn đoán mức độ.

3.4. Chẩn đoán biến chứng:

- Glaucoma thứ phát.
- Loét, thủng giác mạc.
- Viêm mủ nội nhãn.
- Dính mi cầu.
- Quặm mi.
- Viêm giác mạc khô

3.5. Chẩn đoán phân biệt:

- Bỏng nhiệt.
- Bỏng do phóng xạ.
- Bỏng do ánh sáng.
- Viêm kết mạc.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Mục đích điều trị:

- Giảm thiểu tổn thương mắt.
- Bảo tồn và phục hồi chức năng thị giác

5.2. Nguyên tắc điều trị:

- Xử trí sớm, ngay tại nơi xảy ra tai nạn, loại bỏ nhanh và tối đa tác nhân gây bỏng.
- Nếu bỏng do acid hay kiềm sẽ rửa bằng bất cứ nước sạch nào có sẵn tại hiện trường.
- Nếu bỏng do vôi hoặc phốt pho phải lấy sạch tối đa chất gây bỏng ra khỏi mắt.
- Không rửa bằng nước.

5.3. Điều trị cụ thể:

- Loại trừ tác nhân gây bong. Nếu bong do acid hoặc chất kiềm rửa mắt bằng nước muối sinh lý hoặc Lactate ringer, dùng dây truyền dịch rửa sạch cùng đồ, rửa đến khi pH về trung tính (7,3 – 7,7). Sau 5 phút thử lại độ pH để xác định độ pH đã bình ổn.

- Trường hợp bong nặng, đặc biệt bệnh nhân đến sớm hơn 2 giờ sẽ rửa và tái tạo tiền phòng bằng nước muối sinh lý hoặc Lactate ringer.

- Thuốc dẫn đồng tử và liệt thể mi: Atropin 1% nhỏ 2 lần/ngày.

- Thuốc kháng viêm nonsteroid: Indocollyre 0,1% 4 lần/ngày.

- Kháng sinh tại chỗ và toàn thân tùy mức độ bong, dùng thuốc nước tra nhiều lần trong ngày, mỡ kháng sinh tra mắt trước khi bệnh nhân đi ngủ.

5.4. Điều trị hỗ trợ:

- Thuốc giảm đau và an thần.

- Tiêm máu dưới kết mạc khi có khiếm dưỡng.

- Chống dính mi cầu: dùng que bôi mỡ kháng sinh tách dính mỗi ngày.

- Chống hoại tử giác mạc: dùng Tetracyclin dạng mỡ và đường toàn thân có tác dụng ức chế collagenase.

- Tăng cường quá trình hồi phục: nước mắt nhân tạo.

5.5. Điều trị các biến chứng:**5.5.1. Biến chứng sớm:**

- Tăng nhãn áp: Timolol 0,5% nhỏ 2 lần/ngày.

- Thủng giác mạc: khâu phủ kết mạc.

- Khô mắt, dính mi cầu bằng que bông ngày 2 lần sau khi nhỏ thuốc tê bề mặt. Nhỏ nước mắt nhân tạo.

5.5.2. Phẫu thuật:

- Phẫu thuật sớm: phủ bao Tenon để ngăn ngừa loét giác mạc.

- Phẫu thuật muộn: bóc tách các dải băng dính kết mạc, mộng thịt giả.

- Ghép kết mạc hoặc niêm mạc tự thân.

- Tái tạo và sửa mi mắt bị biến dạng sau bỏng.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

Vào viện điều trị cấp cứu ngay khi tổn thương vùng mắt do hóa chất.

5.2. Theo dõi:

Theo dõi sự lành biểu mô, các biến chứng: tăng nhãn áp, nhiễm trùng, thủng giác mạc, dính mi cầu, hở mi.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Nhãn áp ổn định và các vết thương giác mạc lành sẹo.

5.4. Tái khám:

Tái khám định kỳ sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Tài liệu tham khảo:

1. Lê Minh Thông, (2011), “Bỏng mắt”, Nhãn khoa lâm sàng, PP 3 – 10.
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
3. Deborah Pavan – Langston, (2008), “Burns and Trauma”, Manual of Ocular Diagnosis and Therapy, PP 36 – 39.
4. Justis P. Ehlers and Chirag P. Shah, (2008), “Trauma: Chemical burn”, The Wills Eye Manual, PP 12 – 14.