

5.23. XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

Điều trị nội trú Khi có chỉ định phẫu thuật

1. Triệu chứng cơ năng

- Giảm thị lực không kèm đau nhức
- Nhìn thấy đốm đen, mạng nhện
- Thấy hình ảnh bị nhòe.

2. Triệu chứng thực thể

- Xuất huyết nhiều sẽ thấy mất ánh hồng đồng tử, không soi được đáy mắt. Có thể thấy hồng cầu trong dịch kính trước.
- Nếu xuất huyết ít, đáy mắt chỉ bị che một phần.
- Nếu xuất huyết lâu ngày, máu sẽ chuyển sang màu vàng nhạt.
- Có thể có có khiếm khuyết đồng tử hướng tâm (RAPD) nhẹ.

3. Nguyên nhân:

- Bệnh lý võng mạc tiểu đường.
- Bong dịch kính sau.
- Rách võng mạc.
- Bong võng mạc.
- Tắc tĩnh mạch võng mạc.
- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già.
- Bệnh hồng cầu liềm.
- Chấn thương.
- U nội nhãn.
- Xuất huyết dưới nhện hoặc dưới màng cứng (Hc Terson).
- Bệnh Eales.
- Nguyên nhân khác: bệnh Coats, ROP, U mao mạch võng mạc...

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm dịch kính: thường không đột ngột, kèm viêm màng bồ đào trước hay sau, không thấy hồng cầu trong dịch kính.
- Tổ chức hóa dịch kính: mờ từ lâu, không đỏ, không đau, tiền căn xuất huyết dịch kính hoặc VMBĐ cũ

- Bong võng mạc: triệu chứng tương tự xuất huyết dịch kính. Nếu bong võng mạc không kèm xuất huyết dịch kính, có thể quan sát được đáy mắt. Nếu xuất huyết dịch kính do bong võng mạc, một phần võng mạc ngoại biên sẽ bị che khuất.

5. Cận lâm sàng:

- Siêu âm B: Đánh giá mức độ xuất huyết dịch kính, tăng sinh dịch kính - võng mạc, bong võng mạc, gợi ý nguyên nhân xuất huyết dịch kính
- Chụp hình màu đáy mắt: nếu còn soi được đáy mắt, theo dõi diễn tiến và điều trị.
- Chụp mạch huỳnh quang: nếu còn soi rõ đáy mắt

6. Điều trị:

6.1. Điều trị nội khoa

- Nếu không xác định được nguyên nhân xuất huyết và không loại trừ được rách võng mạc và bong võng mạc: cần theo dõi ngoại trú chặt chẽ, tái khám mỗi tuần
- Nằm nghỉ tại giường đầu cao, hạn chế vận động: nếu máu nội nhãn lắng phía dưới, có thể quan sát võng mạc phía trên và tìm nguyên nhân
- Tránh dùng aspirin, kháng viêm nonsteroid và các thuốc kháng đông khác.
- Nếu xuất huyết chưa tan, siêu âm B kiểm tra mỗi 1-2 tuần để tầm soát bong võng mạc
- Xác định và điều trị nguyên nhân càng sớm càng tốt

6.2. Điều trị ngoại khoa: Phẫu thuật cắt dịch kính

Chỉ định phẫu thuật:

- Xuất huyết do rách võng mạc hoặc bong võng mạc
- Xuất huyết không tan 1-3 tháng (có thể mổ sớm hơn nếu chưa loại trừ rách võng mạc hoặc bong võng mạc)
- Xuất huyết dịch kính có kèm tân mạch mống.
- Glaucoma do tán huyết hoặc do tế bào ma.

7. Chăm sóc hậu phẫu

7.1. Sau khi mổ:

- Băng mắt

- Uống thuốc giảm đau, có thể dùng kháng viêm steroid
Paracetamol 10-15 mg/Kg, uống mỗi 4 -6 tiếng
Prednisolon 20-40 mg, uống 01 lần, sau ăn no

7.2. Hậu phẫu ngày 1:

- Thay băng
- Khám hậu phẫu
- Thuốc uống: Giảm đau, có thể dùng kháng viêm steroid
- Thuốc nhỏ:
 - Rửa mắt: Nước muối sinh lý
 - **Kháng sinh:** Nhóm Quinolone như Moxifloxacin 0,5%, Levofloxacin 0,5%, Levofloxacin 1,5%, Ofloxacin 0,3% nhỏ 4 -6 lần/ngày, nhỏ 7 - 14 ngày. Trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng kéo dài hơn tùy theo diễn biến lâm sàng
 - **Kháng viêm:** Steroid, NSAID
 - Prednisolone acetate 1%, Fluorometholone 0,1%, Loteprednol etabonate 0,5% nhỏ 4 - 6 lần/ngày, dùng trong 2 - 4 tuần
 - Bromfenac 0,1%, Nepafenac 0,1%, Indomethacine 0,1%, ketorolac 0,5% nhỏ 2 - 4 lần/ngày, dùng trong 2 - 4 tuần
 - Liều lượng và thời gian dùng cần được điều chỉnh tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và tình huống cụ thể

8. Theo dõi:

- Nếu xuất huyết dịch kính tự tan, theo dõi mỗi 3-6 tháng.
- Sau phẫu thuật xuất huyết dịch kính, tiếp tục điều trị theo phác đồ của các bệnh lý nguyên nhân.

Tài liệu tham khảo

- (1) The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, 5th Edition
- (2) Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition