

5.9. TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Giảm thị lực đột ngột một mắt.
- Mất thị trường hoặc còn thị trường trung tâm trong trường hợp có động mạch mi-võng mạc.
- Không đau.

1.2 Thực thể

- Phù trắng võng mạc.
- Hoàng điểm anh đào.
- Động mạch co nhỏ.
- Nếu còn động mạch mi – võng mạc: vùng võng mạc giữa gai thị và hoàng điểm hồng hào trên nền võng mạc xung quanh phù trắng.
- Có thể thấy dòng máu chảy chậm, đứt quãng trong động mạch.
- Đôi khi có thể thấy thuyên tắc trong lòng mạch.
- RAPD dương tính.

2. Nguyên nhân

- Có rất nhiều nguyên nhân và rất khó xác định nguyên nhân.
- Thuyên tắc mạch: do cholesterol, calci và phức hợp fibrin-tiểu cầu. Thường liên quan bệnh lí van tim, xơ vữa động mạch, dẫn tĩnh mạch chi dưới.
- Huyết khối.
- GCA (Viêm động mạch tế bào khổng lồ): thường gây tắc động mạch trung tâm võng mạc, tắc động mạch mắt, bệnh lí thần kinh thị thiếu máu.
- Một số các bệnh lí viêm mạch, co thắt mạch, rối loạn đông máu.
- Chấn thương

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tắc động mạch mắt: VM phù trắng toàn bộ, không có hoàng điểm anh đào.
- Chấn động võng mạc (commotion retinae): sau chấn thương đập dập. Võng mạc phù trắng do phù nội bào và đứt gãy liên kết giữa tế bào cảm thụ ánh sáng với biểu mô sắc tố. Phù võng mạc cực sau có thể quan sát thấy hoàng điểm anh đào (phù Berlin). Thường tự hồi phục.

4. Cận lâm sàng

- Đa số chẩn đoán dựa trên lâm sàng
- Chụp mạch huỳnh quang: chỉ định khi chưa xác định chẩn đoán. Hệ tiêu động mạch của võng mạc được tưới máu rất chậm, thì chuyển tiếp động tĩnh mạch xuất hiện muộn (bình thường < 11 giây)

5. Chỉ định nhập viện

- Chỉ định điều trị ngoại trú: tất cả các trường hợp
- Chỉ định điều trị nội trú: khi có chỉ định chọc hút dịch tiền phòng

6. Điều trị

- CRAO nên được xem là một cơn đột quỵ cấp tính và cần chuyển ngay đến khoa cấp cứu của trung tâm đột quỵ.

Lưu ý: Tất cả các phương pháp điều trị đều chưa được chứng minh có hiệu quả điều trị theo các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nên không bắt buộc áp dụng trong tất cả các trường hợp bệnh nhân.

6.1. Điều trị nội khoa

- Trong vòng 90-120 phút đầu, có thể thực hiện một số phương pháp sau:
 - + Mát-xa nhãn cầu bằng kính tiếp xúc soi đáy mắt.
 - + Hạ nhãn áp: thuốc uống Acetazolamide 250 mg 2 viên hoặc thuốc nhỏ nhóm ức chế thụ thể beta (Timolol 0,5%) 2 lần/ ngày.
- Đề nghị bệnh nhân khám chuyên khoa nội tổng quát, nội tim mạch: điều trị yếu tố nguy cơ (bệnh lý cao huyết áp, xơ vữa động mạch).

6.2. Điều trị ngoại khoa

- Chọc dịch tiền phòng trong vòng 6h đầu 0,1ml – 0,4ml.

7. Theo dõi

- Đề nghị bệnh nhân tái khám điều trị nội tổng quát và hoặc nội thần kinh.
- Tái khám mắt sau 1 - 4 tuần, kiểm tra có tân mạch mỏng, góc, gai thị và tân mạch võng mạc (xuất hiện tới 20% bệnh nhân sau khởi phát trung bình 4 tuần). Nếu có tân mạch, điều trị laser quang đông toàn võng mạc (PRP) và hoặc tiêm thuốc kháng VEGF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gervasio K, Gervasio KA, Peck T, Hospital WE. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Wolters Kluwer; 2021.
2. Charles W, Andrew S and David H, et al Ryan's Retina; Elsevier; 2017.
3. Fieß A, Cal Ö, Kehrein S, Halstenberg S, Frisch I, Steinhorst UH. Anterior chamber paracentesis after central retinal artery occlusion: a tenable therapy? BMC Ophthalmol. 2014 Mar 10;14:28. doi: 10.1186/1471-2415-14-28. PMID: 24612658; PMCID: PMC3995909.