

BỆNH MẮT HỘT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Trình bày được các tổn thương cơ bản và nêu được các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh mắt hột.
- Trình bày được cách điều trị bệnh mắt hột bằng thuốc tra mắt.
- Trình bày được nội dung hướng dẫn cách phòng bệnh mắt hột trong cộng đồng.

NỘI DUNG

1. TÌNH HÌNH CHUNG VỀ BỆNH MẮT HỘT

1.1. Trên thế giới

Bệnh mắt hột xuất hiện từ thời trước Công nguyên và đã từng có lúc tồn tại ở hầu hết các vùng trên thế giới:

- Trung Quốc, Ai Cập, Hy Lạp, Rom vào thế kỷ 27, 19, 5, 1 trước Công nguyên.
- Các nước Hồi giáo(vùng Trung cận đông) vào thời Trung cổ.
- Nước Anh, Pháp vào thời kỳ Napoleon.

Hiện nay bệnh mắt hột là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn ở ít nhất 46 nước đang phát triển (tỷ lệ từ 10-40% ở châu Phi và 3-15% ở một số vùng châu A).

Theo tổ chức y tế thế giới hiện nay có khoảng 500 triệu người bị bệnh mắt hột, còn khoảng 146 triệu người đang mắc mắt hột hoạt tính và khoảng 6 triệu người mù loà do bệnh mắt hột (1995).

Những nước có bệnh mắt hột hoạt tính còn chiếm tỷ lệ cao (từ trên 20-50%) và còn nhiều biến chứng: một số nước Bắc Phi, Trung Quốc, Đông Nam A.

1.2. Tình hình bệnh mắt hột ở Việt Nam

Từ đầu thế kỷ 20 bệnh mắt hột lưu hành một cách trầm trọng ở khắp nước Việt nam, với nhiều biến chứng chủ yếu là toét mắt và lông quặm. Tỷ lệ bệnh mắt hột năm 1947-1951 là 85,6%. Sau năm 1954 tỷ lệ mắt hột là 81% (30% có biến chứng, 0,22% mù hai mắt). Năm 1986 tỷ lệ mắt hột hoạt tính là 20% (tỷ lệ mù hai mắt 0,17% trong dân số).

Trong những năm vừa qua ngành Nhân khoa Việt Nam đã có nhiều thành tích trong công tác phòng chống bệnh mắt hột: làm giảm tỷ lệ mắt hột và biến chứng của bệnh. Mặc dù không còn là ưu tiên hàng đầu trong công tác phòng chống mù loà nhưng bệnh mắt hột vẫn là một vấn đề quan trọng. Bệnh mắt hột còn mang tính chất xã hội và còn là nguyên nhân gây mù loà.

Theo kết quả điều tra dịch tễ học mù loà tại 8 tỉnh năm 2000-2002, sẹo giác mạc do mắt hột là nguyên nhân thứ tư gây mù ở Việt nam(chiếm 2,7% tổng số các nguyên

nhân gây mù hai mắt). Theo đánh giá của các chuyên gia trong nước, hiện nay tình hình mắt hột hoạt tính ở Việt nam đã giảm đi nhiều (Nam định 1,2%, Ninh bình dưới 7%). Mắt hột còn tồn tại những ổ rải rác ở một số nơi với qui mô cấp xã hoặc thôn bản tại các vùng đồng bằng và trung du Bắc bộ (Mường Ló Yên Bái 14%, Vĩnh Phúc 14%). ở nhiều nơi khác còn tồn đọng nhiều quặm do mắt hột cũ ở người trên 50 tuổi. Do vậy ngành Mắt và Bộ Y tế đã đặt ra mục tiêu là thanh toán bệnh mắt hột gây mù ở Việt nam vào năm 2010.

2. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh mắt hột được biết đến từ rất xa xưa, từ Trachoma do gốc từ Hy Lạp nghĩa là xù xì và sưng phồng ở kết mạc sụn mi trên.

Từ năm 1981 Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa về bệnh mắt hột như sau:

- Bệnh mắt hột là một viêm mạn tính của kết mạc và giác mạc.

- Tác nhân gây bệnh là Chlamydia Trachomatis, nhưng có nhiều tác nhân vi sinh vật khác tham gia gây bệnh. Trong giai đoạn lây bệnh, viêm nhiễm, bệnh thể hiện đặc trưng bằng sự có mặt của các hạt đặc biệt (*hột*), kó thờm thờm nhiễm toả lan mạnh, phờ đại nhú ở kết mạc và sự phát triển các mạch máu trên giác mạc.

- Bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi trẻ. Bệnh kéo dài nếu không được điều trị hoặc bội nhiễm.

3. LÂM SÀNG

3.1. Các tổn thương cơ bản của bệnh mắt hột

Bệnh mắt hột gây tổn thương ở kết mạc và giác mạc.

3.1.1. Các tổn thương cơ bản của bệnh mắt hột trên kết mạc

- *Thâm nhiễm* : Hiện tượng thâm nhập của các tế bào viêm, chủ yếu là các tế bào limphô vào tổ chức bạch nang của kết mạc. Thâm nhiễm làm cho kết mạc dày đỏ, che mờ các mạch máu.

- *Hột*: hột thường xuất hiện ở kết mạc sụn mi trên, có thể gặp ở kết mạc mi dưới và ở cùng đồ, kích thước không đều, từ 0,5 - 1mm.

Hột tiến triển qua các giai đoạn : hột non - hột phỏ triển - hột chỏn dễ vỡ tạo thành sẹo (Hỡnh 1). *Không có hột mắt hột ở trẻ sơ sinh trong 3 tháng đầu.*

- *Sẹo*: Sẹo trên kết mạc là các đoạn xơ trắng nhỏ, dải sẹo, hỡnh sao mạng lưới. Sẹo gây co kéo cạn cùng đồ - mi cụp vào.

- *Nhú*: Khối đa giác cú ranh giới rừ, giữa khối nhỳ cú một chỳm mao mạch. Nhỳ xuất hiện trong thời kỳ viờm kộ dài hoặc cú sự kớch thớch liờn tục ở kết mạc. Nhỳ khụng phải là yếu tố đặc hiệu của bệnh mắt hột.



Hỡnh 1 - Hột trờn kết mạc.

3.1.2. Các tổn thương cơ bản của bệnh mắt hột trên giác mạc :

- *Thâm nhiễm*: Sự thâm nhập của các tế bào viêm vào lớp nông, cực trên của giác mạc. Giai đoạn sau thâm nhiễm làm giác mạc có màu xám.

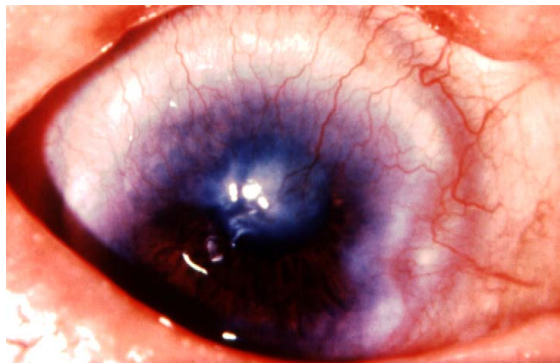
- *Hột*: Thường ở vùng rờa cực trờn, từ 2 - 5 hột. Hột trờn góc mạc thoỏi triển, làm sẹo tạo thành lờm hột (*lờm Herbert*).

Hột trên giác mạc là có giá trị chẩn đoán gần tuyệt đối, chỉ xuất hiện ở những hỡnh thỏi phần thịnh của bệnh mắt hột ở giai đoạn toàn phát.

- *Tân mạch*: Từ hệ mạch mỏu vụng rờa xỏm nhập vào cỏc giỏc mạc thường xuất hiện ở cực trên, một số trường hợp xỏm nhập toàn bộ chu vi giác mạc.

- *Màng máu*: Là tổn thương đặc hiệu của bệnh mắt hột trên giác mạc, màng máu thường khu trú ở lớp nông, ở phần trờn của giỏc mạc (Hỡnh 2). Màng mỏu đợc tạo bởi thâm nhiễm giác mạc, hột (*hoặc di chứng hột : lờm hột*) và tân mạch.

Màng máu có biểu hiện lâm sàng rất phong phú, có nhiều hình thái. Màng máu bao giờ cũng để lại di chứng. Màng máu có thể gây giảm thị lực.



Hỡnh 2 - Màng mỏu mắt hột

3.2 Các giai đoạn của bệnh mắt hột: 4 giai đoạn

- Tr I : Giai đoạn bắt đầu của bệnh

Thường gặp ở trẻ em lứa tuổi 2 - 5 tuổi.

Tổn thương : thường là hột non, hột phát triển.

Giai đoạn Tr I thường kéo dài từ 3 tháng đến 2 năm.

- Tr II : Giai đoạn toàn phát 1 - 3 năm

Nhiều hột phát triển, chín, thâm nhiễm làm kết mạc dày đỏ.

Trên giác mạc có thể thấy hột, màng máu.

- Tr III : Giai đoạn thoái triển. Hột cũn ớt hoặc hết. Thâm nhiễm toả lan hoặc khu trừ. Sẹo nhiều. Giai đoạn này kéo dài nhiều năm, gây biến chứng.

- Tr IV : Chỉ cũn sẹo tròn kết mạc, khỏi bệnh.

4. PHÂN LOẠI

4.1. Mục đích

- Mắt hột là bệnh môn tởnh, tiến triển theo cóc giai đoạn, hỡnh thỏi lỏm sàng cũng khỏc nhau.

- Đảnh giá tởnh hỡnh, xõy dựng kế hoạch phũng chống bệnh mắt hột.

- Đảnh giá kết quả điều trị.

4.2. Bảng phân loại

Có hai bảng phân loại: bảng phân loại đầy đủ cho tuyến tính (tham khảo ở sách nhón khoa) và bảng phân loại đờn giản cho tuyến xó.

+ Tr I:Tr Ia : Trên kết mạc hột non chiếm ưu thế.

Tr Ib : Hột phát triển ưu thế.

+ Tr II: Trên kết mạc: Hột phát triển chiếm ưu thế. Hột chín, có thể đức nhập lại.

Trên giác mạc có hột, màng máu.

+ Tr III : Tr IIIa : cũn hột, thỏm nhiễm toả lan, sẹo.

Tr IIIb : hết hột, thỏm nhiễm khu trú, sẹo nhiều .

+ Tr IV : Hết hột, hết thỏm nhiễm, nhiều sẹo.

- **Phân loại mới của Tổ chức y tế thế giới (WHO).**

Đảnh giá tổn thương ở kết mạc sụn mi trên theo 5 dấu hiệu :

- TF (*Trachomatous inflammation Follicular*): Viêm mắt hột có hột. Có ít nhất 5 hột ở vùng trung tâm, kích thước hột lớn hơn 0,5mm.

- TI (*Trachomatous inflammation - Intense*): Viêm mắt hột mạnh. Kết mạc dày đỏ, quá nửa mạc máu kết mạc bị che mờ bởi thâm nhiễm tế bào viêm (*bao trùm TF*).

- TS (*Trachomatous Scarring*): Sẹo kết mạc do mắt hột. Sẹo trên kết mạc là những đoạn xơ trắng, dải sẹo, hõnh sao, mạng lưới.
- TT (*Trachomatous Trichiasis*): Lụng xiều. Có từ 1 lông xiều trở lên cọ vào nhón cầu, hoặc bệnh nhón mới nhỏ lông xiều.
- CO (*Corneal Opacity*): Sẹo đục giác mạc che mờ hoặc che lấp diện đồng tử.

Đánh giá:

- Bảng phân loại bệnh mắt hột của WHO không chia bệnh mắt hột thành các thời kỳ mà chia bệnh mắt hột thành 2 loại:

+ Mắt hột hoạt tính gồm TF và TI. TF là Bệnh mắt hột nhẹ và vừa. TI là bệnh mắt hột nặng.

Nếu tỷ lệ TF trên 20%, TI trên 5% ở trẻ em dưới 10 tuổi thì cần điều trị tích cực

+ Mắt hột có biến chứng hoặc di chứng:

TS : Có bệnh mắt hột, đó làm sẹo.

TT : Bệnh mắt hột có biến chứng

CO : Bệnh mắt hột có nguy cơ gây mù loà.

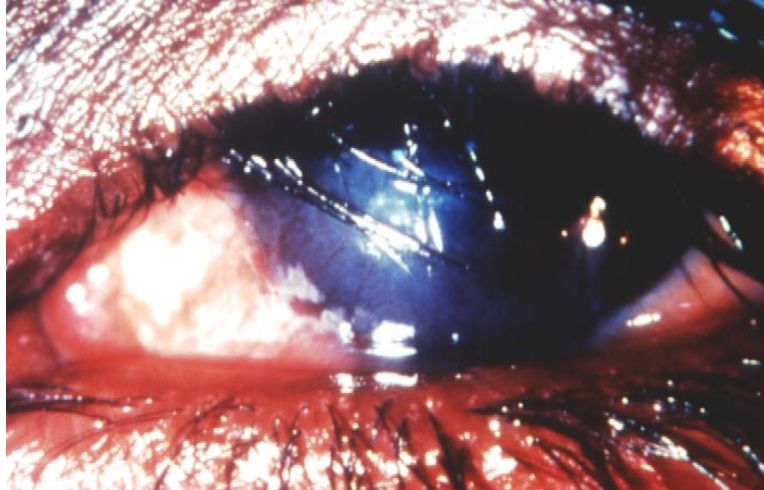
5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH MẮT HỘT

5.1. Tiến triển

- Mắt hột tự khỏi : Gặp ở mắt hột nhẹ, đốt cháy giai đoạn. Mắt hột Tr Ia, giữ vệ sinh phũng bệnh, chống viêm phối hợp.
- Mắt hột bội nhiễm: Bệnh nặng, thâm nhiễm sâu, nhiều biến chứng. Có thể tiến triển theo qui luật, hoặc có dao động lâm sàng.

5.2. Các biến chứng của bệnh mắt hột

- Viêm kết mạc phối hợp, viêm bờ mi: Cương tụ kết mạc, tiết tố (dử, ghen), bờ mi dày đỏ, nứt kẽ mắt (mắt toét).
- Lụng xiều, quặm (Hỡnh 3)
 - Lụng xiều: cú một vài lông mi cọ vào nhón cầu
 - Lụng quặm: Sụn dày, cuộn hỡnh lũng mỏng, lông xiều nhiều, bờ tự do của mi bị mũn vệt.
- Viêm loét giác mạc: chói mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt. Cương tụ rữa. Loét tròn giốc mạc.
- Sẹo đục giác mạc: làm giảm thị lực
- Viêm tắc lệ đạo, viêm mũ túi lệ: Chảy nước mắt, ấn vùng góc trong có mũ nhày chảy ra.



Hình 3 - Lòng quặm.

- Khô mắt: Giảm hoặc không có nước mắt hoàn toàn. Kết mạc mắt bóng, dãn deo. Giác mạc mắt bóng, đục.

6. CHẨN ĐOÁN BỆNH MẮT HỘT

6.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng

- Hột trên kết mạc sụn mi trên: chỉ tính hột ở vùng trung tâm, không tính hột ở hai góc và bờ trên sụn. Cần phân biệt hột với sạn vôi, nang nhỏ và chấp.
- Sẹo điển hình tròn kết mạc sụn mi trên. Cần phân biệt với sẹo do bỏng hoặc sẹo trong viêm kết mạc cú giả mạc.
- Hột ở vụng rờa cực trên hoặc di chứng hột (*lừm hột*)
- Màng máu trên giác mạc.

Cần có 2 trong 4 tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định bệnh mắt hột. Ở những vùng mắt hột nặng có tỉ lệ cao, chỉ cần 1 trong 4 tiêu chuẩn.

6.2. Cận lâm sàng

- Tế bào học: Chích hột hoặc nạo nhẹ kết mạc sụn mi trên làm xét nghiệm tế bào học, có thể thấy:

- + Thể vùi trong nguyên sinh chất tế bào biểu mô (CPH (+))
- + Tế bào lympho non, nhỡ, già.
- + Đại thực bào Leber.
- + Thoái hoá của tế bào biểu mô.

6.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc hột: Hột đều nhau, cùng lứa tuổi, không vờ.
- Viêm kết mạc mùa xuân: Là một viêm kết mạc dị ứng. Tổn thương là các nhú to, dẹt, hình đa diện (*như đá lát*) ở kết mạc sụn mi trên.

Ở các cơ sở y tế tuyến xã, người ta sử dụng bảng phân loại bệnh mắt hột theo 5 dấu hiệu của Tổ chức Y tế Thế giới để chẩn đoán và phân loại bệnh mắt hột.

7. NGUYÊN NHÂN VÀ DỊCH TỄ HỌC BỆNH MẮT HỘT.

7.1. Tác nhân mắt hột

Năm 1907 hai tác giả là Von Prowareck và Halberstaedler đã tìm thấy trong các tế bào biểu mô của người bị bệnh mắt hột có những tập hợp của nhiều chấm nhỏ gọi là thể PH. Khi nhuộm Giemsa thấy các thể PH nằm sát với nhân, trong nguyên sinh chất của tế bào. Thể PH là tập hợp của nhiều nguyên vi thể (CI: từ 0,5 đến 1 micron) ở trung tâm của thể PH có những chấm nhỏ hơn (CE từ 0,23 đến 0,5 micron).

Thể PH (CPH) thường gặp ở những giai đoạn đầu của bệnh mắt hột. Theo Stepanova (1927) CPH(+) ở thời kỳ TrI: 76,21%, TrII: 65%. TrIII: 19%.

Từ năm 1907 đến 1930 khi Prowareck và Halberstaedler phát hiện các thể vùi trong tế bào biểu mô của người bị mắt hột, người ta đã giả thiết tác nhân mắt hột là một virus cỡ lớn.

Từ năm 1953 đến 1960 các tác giả coi tác nhân mắt hột nằm trong ranh giới giữa virus và vi khuẩn. Tác nhân mắt hột bắt đầu được đặt tên là Chlamydia. Chlamydia mắt hột có những đặc tính giống vi khuẩn và virus.

- Các đặc tính giống virus:

- + Có sự hình thành các thể vùi trong nguyên sinh chất của tế bào biểu mô.
- + Ký sinh bắt buộc vào tế bào (dưới dạng thể vùi CPH), phải dựa vào sự chuyển hóa của tế bào phát triển.
- + Có thể xuyên qua được màng lọc tế bào.

- Các đặc tính giống vi khuẩn:

- + Sinh sản theo cơ chế phân đôi.
- + Có 2 axit nhân ADN và ARN.
- + Hình thành màng bọc tế bào có axit nuramic.
- + Chịu tác dụng của một số kháng sinh và sulfamid.

Hiện nay Chlamydia trachomatis là tác nhân đặc trưng gây bệnh mắt hột và các bệnh viêm đường tiết niệu, sinh dục ở người, thuộc họ Chlamydiaceae. Vi khuẩn mắt hột thuộc nhóm vi khuẩn Gram âm.

7.2. Dịch tễ học bệnh mắt hột

7.2.1. Cách lây truyền bệnh mắt hột

Bệnh nhân bị bệnh mắt hột là do tái nhiễm Chlamydia nhiều lần. Bệnh mắt hột lây lan dễ dàng đặc biệt là ở trẻ em.

a) Tuổi mắc bệnh: trong các cộng đồng bị mắt hột nặng nhất hầu hết trẻ em đều mắc bệnh ở 1-2 tuổi (có trẻ 6 tháng đã mắc bệnh). Vì trẻ em chiếm phần lớn trong dân số ở những vùng bị bệnh mắt hột lưu địa nặng nên trẻ em có bệnh mắt hột hoạt tính chính là những ổ lây truyền chủ yếu trong cộng đồng.

b) Cách thức lây truyền và các yếu tố nguy cơ mắc bệnh mắt hột

Bệnh mắt hột có thể gây mù hoặc không gây mù hoàn toàn tùy thuộc vào sự tác động qua lại của ba yếu tố chính là vật chủ (con người), các yếu tố môi trường và tính gây bệnh của tác nhân *Chlamydia trachomatis*. Tại những nơi có các điều kiện vệ sinh môi trường tốt, bệnh mắt hột nhẹ, ít lây lan. Bệnh có thể tự khỏi không gây mù loà.

Tại những nơi điều kiện vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân kém thì bệnh mắt hột lại tiến triển và lây lan mạnh, biến chứng nặng gây mù loà. Những vùng đó gọi là những ổ mắt hột lưu địa và bệnh mắt hột ở đó chính là bệnh mắt hột gây mù.

* *Bệnh mắt hột có thể lây truyền* từ người này sang người khác qua các con đường sau:

- Ruồi: Ruồi mang tác nhân gây bệnh có trong dử mắt người bệnh đậu vào mắt người lành và truyền bệnh (lây truyền ở cộng đồng).

- Khăn mặt, đồ vải bẩn: Khăn mặt có dính dử mắt người bệnh nếu dùng chung sẽ đưa vi khuẩn gây bệnh vào mắt người lành (lây truyền ở gia đình).

- Ngón tay bẩn: Người bệnh dụi tay lên mắt, dử mắt có vi khuẩn gây bệnh sẽ bám vào và vô tình đưa sang mắt kia hoặc chùi tay lên mắt người khác sẽ làm mắt kia cũng nhiễm bệnh mắt hột (tự lây truyền).

- Người trong cùng gia đình: Quá trình lây truyền bệnh mắt hột chủ yếu xảy ra trong gia đình, đặc biệt ở trẻ em dưới 10 tuổi và phụ nữ là những người thường xuyên tiếp xúc với nguồn bệnh.

* *Các yếu tố nguy cơ đối với bệnh mắt hột:*

- Đối với môi trường sống của cộng đồng:

. Thiếu nước sạch dẫn đến mặt bẩn, mắt có nhiều dử, tay bẩn, quần áo bẩn.

. Bụi bặm làm cho mắt bị kích thích tiết nhiều dử hơn.

. Bẩn: môi trường có nhiều phân súc vật, phân người, rác thải sẽ tạo điều kiện để ruồi phát triển nhiều hơn.

- Đối với môi trường gia đình:

. Chất tiết: Dử mắt, nước mũi và có thể cả chất tiết đường sinh dục chứa nhiều tác nhân gây bệnh và dễ truyền bệnh cho người khác.

. Đông người sống trong gia đình: Càng đông người sống trong một căn nhà chật hẹp, khả năng tiếp xúc khả năng tiếp xúc và lây nhiễm bệnh giữa người bệnh và người lành càng cao.

8. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH MẮT HỘT

8.1. Điều trị bệnh mắt hột bằng thuốc

- Thuốc tra mắt mỡ Tetracyclin 1%

. Điều trị liên tục: tra mắt ngày 2 lần liên tục trong 6 tuần liền.

. Điều trị ngắt quãng: tra mắt 1 lần vào buổi tối trước ngủ liên tục 10 ngày trong 1 tháng x 6 tháng liền. Hoặc tra 2 lần/ngày x 5 ngày trong 1 tháng x 6 tháng.

Thuốc tra mắt mỡ Tetracyclin 1% có ưu điểm là dễ mua, rẻ tiền, có thể tra cho trẻ dưới 1 tuổi và phụ nữ có thai, nhưng nhược điểm là tra mắt kéo dài nên người bệnh khó thực hiện đúng.

- Thuốc kháng sinh theo đường toàn thân: chỉ định trong những trường hợp mắt hạt nặng.

. Erythromycin 250 mg uống 4 viên/ngày x 3 tuần.

. Zithromax (Azythromycin) dùng cho bệnh mắt hạt hoạt tính. Azythromycin là một kháng sinh tương tự như erythromycin nhưng tốt hơn do khả năng thâm nhập mạnh vào các mô tế bào, đậm độ thuốc tập trung cao và kéo dài với 1 liều dùng duy nhất đúng 1 lần / năm.

Các chương trình điều trị bệnh mắt hạt chủ yếu dựa trên việc duy trì kháng sinh tra mắt hàng loạt. Bắt đầu điều trị tích cực và rộng rãi bằng thuốc có khả năng làm giảm nguồn lây lan Chlamydia ở mắt trong nhân dân. Sau đó tiếp tục tra thuốc ngắt quãng trong từng gia đình để khống chế thêm sự lan truyền Chlamydia từ mắt sang mắt.

c) Điều trị các biến chứng

- Viêm kết mạc, bờ mi.

- Viêm loét giác mạc.

- Viêm mủ túi lệ: Mổ nội thông lệ mũi.

- Khô mắt: Tra thuốc, nước mắt nhân tạo.

- Mổ quặm: đây là phương pháp điều trị cần thiết, khẩn cấp để đề phòng mù lòa do bệnh mắt hạt. Nếu có dưới 5 lông xiêu mức độ chọc vào mắt chưa nhiều, chưa có điều kiện đi mổ ngay thì phải nhổ lông xiêu thường xuyên và tra thuốc mỡ tetracyclin 1% hàng ngày rồi đi mổ sau. Nếu có từ 5 lông xiêu trở lên cần phải đi mổ quặm ngay.

8.2. Đường lối và phương pháp phòng chống bệnh mắt hạt trong y tế cộng đồng.

8.2.1. Đối tượng bệnh mắt hạt trong y tế cộng đồng

- Bệnh mắt hạt lưu địa (*mắt hạt gây mù*): bệnh tổn hại triền miên, kéo dài trong nhân dân ở một địa phương. Chlamydia Trachomatis lây truyền bệnh và gây tiếp nhiễm cho người có bệnh. Chu trình khú kết thục. Gõy biến chứng mù.

- Bệnh mắt hạt đơn thuần: xuất hiện lẻ tẻ đơn phát. Tiến triển bõnh thường đến hết chu kỳ bệnh lý, làm sẹo nhẹ, khụng gõy biến chứng và cú khả năng khởi tự nhiên.

8.2.2. Phát hiện bệnh mắt hạt lưu địa

Cần đánh giá tỷ lệ phổ biến, mức độ nặng nhẹ của bệnh mắt hạt qua điều tra toàn bộ quần thể nhân dân, phối hợp với các cán bộ y tế địa phương.

8.2.3. Lập kế hoạch điều trị và dự phòng

Phác đồ điều trị của OMS

Tỷ lệ trẻ em 1 - 10 tuổi bị mắt hột	Điều trị căn bản	Điều trị bổ sung
TF \geq 20% và TI \geq 5%	Điều trị cả tập thể	Điều trị kháng sinh toàn thân đối với những ca nặng
TF 5% \rightarrow 20%	Điều trị : Tập thể hoặc cá nhân, gia đình.	Điều trị như trên
TF < 5%	Điều trị cá nhân	Không cần

- Điều trị tập thể: Tất cả mọi người, mọi gia đình ở cộng đồng đều được tra mỡ Tetracyclin 1% liên tục 2 lần / ngày x 6 tuần hoặc gián đoạn 2 lần / ngày x 5 ngày / 1 tháng / 6 tháng

- Điều trị gia đình: khi trong gia đình có người bị TF hay TI. Dùng mỡ Tetracyclin 1% liên tục hoặc gián đoạn như điều trị tập thể.

Từ năm 2000 ngành Nhón khoa thực hiện chiến lược phòng chống bệnh mắt hột SAFE.

- S (Surgical correction for trichiasis) : Mổ quặm .

- A (Antibiotic) : Điều trị kháng sinh những trường hợp mắt hột hoạt tính

- F (Wash face) : Rửa mặt hàng ngày bằng nước sạch .

- E (Enviroment) : Cải thiện vệ sinh môi trường và cung cấp nước .

Dùng thuốc kháng sinh Zithromax (Azithromycin) điều trị bệnh mắt hột hoạt tính:

+ Trẻ từ 1 đến 5 tuổi: Uống huyền dịch Zithromax .

+ Trẻ từ 6 đến 15 tuổi: Uống viên Zithromax (liều uống được tính theo chiều cao của trẻ).

+ Người trên 16 tuổi: Uống 1 liều duy nhất (4 viên Zithromax).

Chú ý :

- Không cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 1 tuổi uống thuốc .

- Cần thận trọng đối với trẻ em có cân nặng dưới 8 kg.

- Cần thận trọng đối với người bị suy thận, suy gan nặng.

8.2.4. Tuyên truyền-giáo dục phòng chống bệnh mắt hột ở cộng đồng

- Cải thiện vệ sinh môi trường nhằm hạn chế lây bệnh và tái nhiễm trong gia đình và cộng đồng, gồm có các việc sau:

.Tạo nguồn cung cấp nước sạch: Đào khoan giếng, làm bể lọc nước sông...nhằm hạn chế sự lây lan của bệnh qua dư mắt, tay bẩn, khăn đồ vải bẩn.

- . Xây hố xí hợp vệ sinh, đẩy mạnh các biện pháp diệt ruồi.
 - . Xây chuồng gia súc xa nhà (ít nhất 10 mét)
 - . Giữ vệ sinh đường phố, thôn xóm, chôn đốt rác thải.
- Giáo dục ý thức giữ vệ sinh cá nhân: Rửa mặt bằng nước sạch, không dùng chung khăn chậu...
- Trong gia đình có người bị bệnh mắt hột cần phải điều trị, nếu có quặm phải đi mổ quặm, nhổ lông xiêu để tránh biến chứng gây mù.

SÁCH CẦN ĐỌC THÊM

1. Bài giảng nhãn khoa
2. Bài giảng mắt - tai mũi họng
3. Nhãn khoa