

BỆNH VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

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

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa:

Bệnh võng mạc đái tháo đường (diabetic retinopathy: DR) là một trong những biến chứng tại mắt của bệnh đái tháo đường. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở người dưới 50 tuổi.

1.2. Phân loại:

Mắc bệnh sau 15 năm có 98% đái tháo đường type 1 bị bệnh võng mạc đái tháo đường (DR) và 30% có bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR); Với ĐTĐ type 2 có 58% - 85% xuất hiện DR và 4% - 20% bị PDR (theo WESDR).

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

2.1. Bệnh sử: Mắc bệnh đái tháo đường nhiều năm.

2.2. Khám lâm sàng:

2.2.1. *Giai đoạn cơ bản:* các chấm và vết xuất huyết, vi phình mạch, nhiều dịch rỉ thường tập trung ở cực sau. Hầu như luôn ở 2 mắt.

2.2.2. *Tiền tăng sinh:* chấm bông xốp, chuỗi hạt và vòng tròn tĩnh mạch, những bất thường nhỏ ở mạch máu trong võng mạc, thêm các dấu hiệu của giai đoạn cơ bản.

2.2.3. *Tăng sinh:* tân mạch trong vòng một đường kính bằng đĩa thị gây tổn hại cho đĩa thị, võng mạc hoặc mỏng mắt, mô xơ ở mặt sau dịch kính và gắn chặt vào võng mạc, bong võng mạc, xuất huyết dịch kính. Thường ở cả 2 mắt. Hầu như luôn luôn ở cực sau.

2.2.4. *Bệnh hoàng điểm đái tháo đường:*

- Phù hoàng điểm: trong vùng cách trung tâm 500 μ m; hoặc phù \geq 1PD, có một phần nằm trong vùng cách trung tâm hoàng điểm 1PD (1500 μ m). Phù khu trú có thể xuất tiết hoặc không. Phù lan tỏa: Phù không nang, phù dạng nang.

- Bệnh hoàng điểm thiếu máu.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chẩn đoán xác định:

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ALFEDIAM.

Bệnh võng mạc đái tháo đường không tăng sinh (NPDR)	
NPDR nhẹ	Vi phình mạch. Xuất huyết võng mạc nông, số lượng ít.
NPDR vừa	Vi phình mạch và/hoặc xuất huyết võng mạc nông nhiều hơn; và/hoặc nốt bông; và/hoặc IRMA ít; và/hoặc bất thường tĩnh mạch (< 2 góc tư); và/hoặc xuất huyết dạng vết < 4 góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu khu trú.
NPDR nặng	Luật 4:2:1 Xuất huyết võng mạc ở 4 góc tư và/hoặc bất thường tĩnh mạch (dẫn tĩnh mạch chuỗi, quai tĩnh mạch) ở 2 góc tư và/hoặc bất thường vi võng mạc (IRMA) ở một góc tư. Vùng võng mạc thiếu máu lớn.

Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh (PDR)	
PDR bắt đầu	Tân mạch trước võng mạc < 1/2 đường kính gai thị (PD).
PDR vừa	Tân mạch trước võng mạc \geq 1/2 PD \pm tân mạch trước gai < 1/4 – 1/3 PD.
PDR nặng	Tân mạch trước gai \geq 1/4 – 1/3 PD.
PDR có biến chứng	Xuất huyết pha lê thể, trước võng mạc; Bong võng mạc do co kéo hoặc có lỗ rách; Móng hồng, glaucom tân mạch.

Bệnh hoàng điểm đái tháo đường

- Phù hoàng điểm

- Bệnh hoàng điểm thiếu máu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Tắc nhánh tĩnh mạch
- Bệnh lý võng mạc do cao huyết áp.
- Hội chứng thiếu máu cục bộ ở mắt.

3.3. Chẩn đoán biến chứng:

- Xuất huyết dịch kính.
- Bong võng mạc do co kéo.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Mục đích điều trị:

Giảm thiểu tổn thương võng mạc, tránh biến chứng.

4.2. Nguyên tắc điều trị:

Giảm tân mạch võng mạc, kiểm soát biến chứng

4.3. Điều trị cụ thể:

4.3.1. **Điều trị nội khoa:** để kiểm soát các yếu tố:

- HbA1C < 6,5%.
- HA < 130/80mmHg.
- LDL cholesterol < 1g/l.

4.3.2. **Laser:** Mục đích làm giảm phần mô thiếu máu gây phóng thích yếu tố tăng sinh mạch máu. Giảm phù. Giảm tân mạch (70% - 90% bệnh nhân PDR). Giảm nguy cơ mù lòa (>50% bệnh nhân PDR).

4.3.3. **Phẫu thuật:** Để giải quyết tình trạng xuất huyết PLT cản trở laser võng mạc hoặc tái phát nhiều lần sau PRP 2 – 4 tháng, trường hợp có co kéo hoàng điểm, bong võng mạc, có vết rách.

4.3.4. Điều trị hỗ trợ:

- Chỉ định điều trị bằng chất kháng yếu tố tạo nội mô mạch máu (anti Vascular endothelial growth factor: VEGF) tiêm vào PLT, trước phẫu thuật cắt PLT 7 ngày để

giảm nguy cơ chảy máu và dễ dàng cho phẫu thuật, hoặc với bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh biến chứng xuất huyết PLT, bong võng mạc,

+ Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt PLT giúp làm giảm nguy cơ xuất huyết tái phát, mau hấp thu máu, cải thiện thị lực.

+ Bệnh nhân xuất hiện mộng hồng và glaucom tân mạch bắt đầu.

- Lucentis mỗi tháng 0,5ml trong 3 tháng hoặc triamcinolone với bệnh nhân có phù hoàng điểm lan tỏa.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

Khi mắt có các biến chứng nặng như xuất huyết pha lê thể, bong võng mạc.

5.2. Theo dõi và tái khám:

- Lần đầu chụp đáy mắt (FO): sau 5 năm phát hiện ĐTD type 1 và ngay khi phát hiện ĐTD type 2.

- Theo dõi:

+ Không có DR: khám mỗi 1 – 2 năm.

+ NPDR nhẹ: chụp FO hàng năm.

+ NPDR vừa: chụp FO mỗi 6 tháng, có thể chụp FA hoặc không.

+ NPDR nặng: chụp FO mỗi 4 – 6 tháng, có thể chụp FA hoặc không.

+ Sau Laser:

* Sau PRP: chụp FA sau 2 – 4 tháng.

* Sau Laser HĐ : laser khu trú, tái khám sau 4 – 6 tháng.

* Laser lưới (Grid), tái khám sau 4 tháng.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Hậu phẫu ổn định

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
2. Basic and clinical science course, (2010 – 2011), American academy of ophthalmology, Section 12, Retina and vitreous.
3. Jack J. Kanski, Brad Bowling, (2011), “Diabetic retinopathy, retinal vascular disease”, Clinical ophthalmology, Elsevier Limited, 13: 534 – 549.
4. [www.institut-ophtalmique.fr/retinopathie](http://www.institut-ophtalmique.fr/retinopathie_diabetique) diabetique.