

6.7. NHÃN VIÊM GIAO CẢM

Điều trị ngoại trú Hầu hết trường hợp

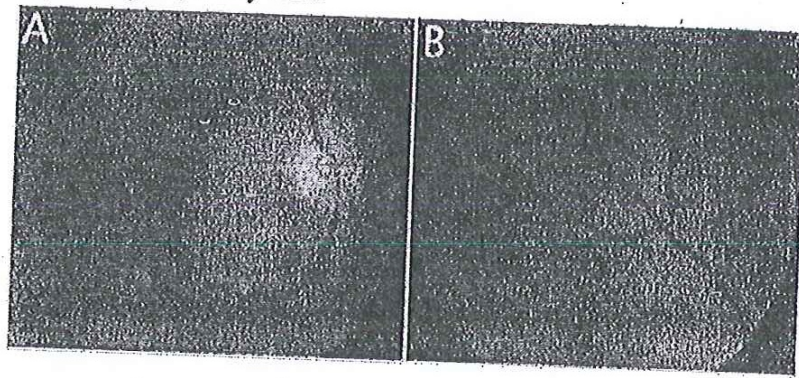
Điều trị nội trú Trường hợp nặng cần truyền steroid

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau nhức mắt 2 bên, sợ ánh sáng, mắt đỏ
- Giảm thị lực (thị lực gần thường bị ảnh hưởng trước thị lực xa)

2. Triệu chứng thực thể

- Hai mắt: phản ứng tiền phòng nặng cùng KP mỡ cừu lớn, không tương xứng hai mắt mà phản ứng nặng hơn ở mắt không tổn thương trước đó.
- Những nốt nhỏ mắt sắc tố ở lớp biểu mô sắc tố võng mạc (nốt Dalen-Fuchs), võng mạc dày hơn



Hình 1. Nốt Dalen-Fuchs (mũi tên đen)

- Một mắt có chấn thương hay phẫu thuật trước đó
- Khác: Nốt thâm lậu mống mắt, dính mống chu biên, tân mạch mống mắt, bít hay dính quanh đồng tử, đục thủy tinh thể, bong võng mạc xuất tiết, viêm gai thị. Dấu hiệu sớm nhất là mắt không chấn thương kém điều tiết, viêm màng bồ đào nhẹ trước hay sau
- Triệu chứng toàn thân: bạch biến, bạc lông tóc, rụng tóc, dấu hiệu màng não như đau đầu, buồn nôn...

3. Nguyên nhân

- Tiền căn: chấn thương xuyên, phẫu thuật nội nhãn một mắt (thường 4-8 tuần, có thể xảy ra trong 1 năm)

4. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Vogt- Koyanagi-Harada

- Viêm nội nhãn phản vệ thể thủy tinh
- Sarcoidosis
- Giang mai
- Lao

5. Cận lâm sàng

- Siêu âm B, chụp Angiography, OCT
- Xét nghiệm máu, giang mai
- XQ phổi, CT ngực loại trừ lao phổi, bệnh sarcoidosis

6. Điều trị

- Phòng ngừa: mức hay cắt bỏ nhãn cầu nên thực hiện trên mắt không còn chức năng thị giác hay không thể khâu bảo tồn sau chấn thương để tránh nhãn viêm giao cảm (thường xem xét trong 14 ngày sau chấn thương). Sau khi nhãn viêm giao cảm xuất hiện, mức hay cắt bỏ nhãn cầu không còn lợi ích.
- Steroids tại chỗ: Prednisolone acetate 1% mỗi 1-2 giờ hay Difluprednate 0,05% mỗi 2 giờ. Giảm liều khi lâm sàng cải thiện
- Steroids tiêm quanh nhãn cầu hay tiêm nội nhãn: Triamcinolone acetate dưới kết mạc 40mg/1mL
- Steroids toàn thân: Methylprednisolone 60mg đến 80mg uống mỗi ngày kèm Calcium/ Vitamin D
- Steroids đặt nội nhãn phóng thích chậm (vd Dexamethasone 0,7mg đặt nội nhãn, Flucocinolone acetonide 0,19 hay 0,59 mg đặt nội nhãn) có thể thay thế đường uống.
- Atropine 1% nhỏ 2 lần/ngày
- Ức chế miễn dịch cùng Steroids là lựa chọn cần thiết trong hầu hết trường hợp.

Tháng thứ 1

Liều điều trị: Methylprednisone *liều 1-0.5 mg/kg/ngày (uống) hoặc 100 -200 mg/ngày (truyền tĩnh mạch)* tùy mức độ viêm, thời gian điều trị tối đa là 1 tháng.

Liều tấn công: *1g/ngày x 3 ngày truyền tĩnh mạch trường hợp phản ứng viêm nặng*, sau đó trở lại liều duy trì như trên

Tháng thứ 2

Giảm liều corticoid, cho tới liều 15 mg/ ngày thì có thể dùng cách ngày, cứ 10 ngày là giảm 10%.

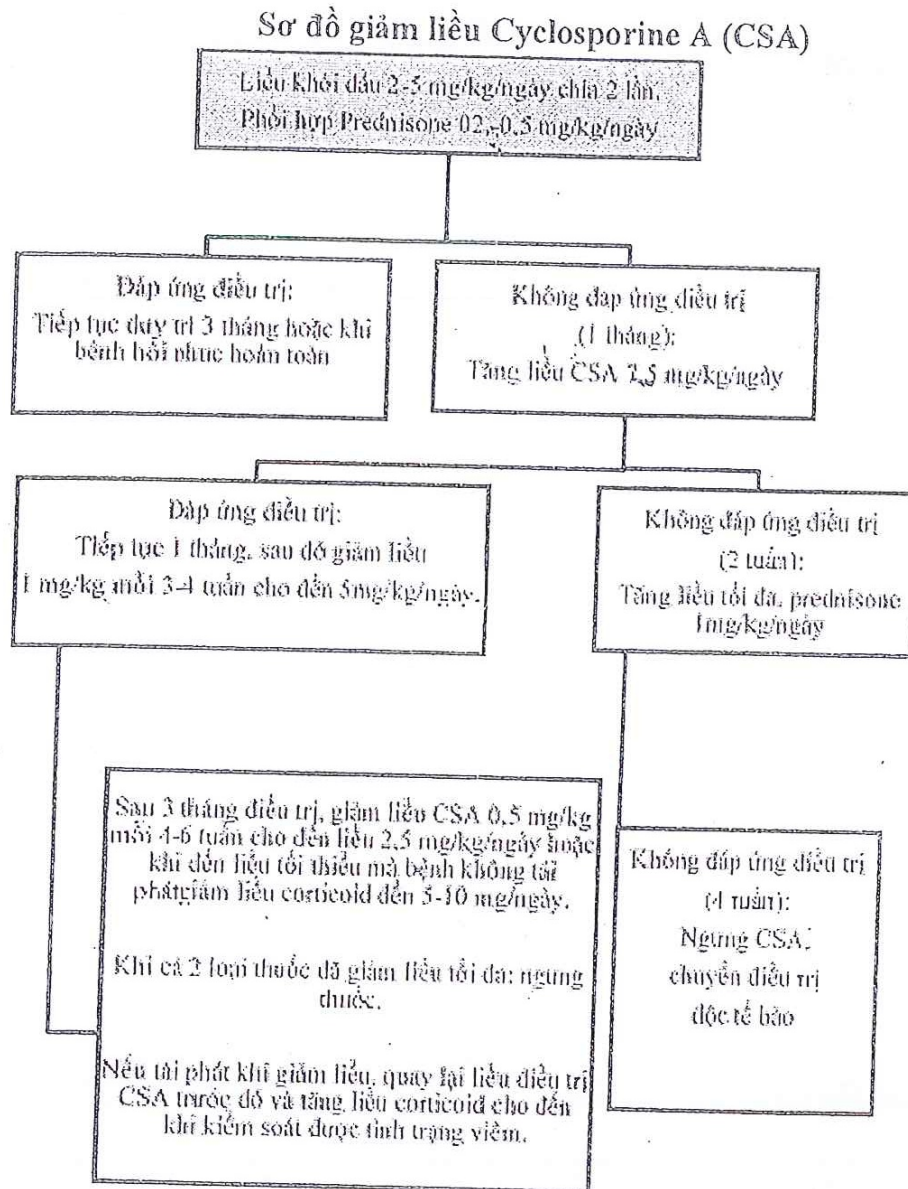
Điều trị thường kéo dài từ 6 tháng đến 1 năm. Cần nhắc liều lượng đáp ứng điều trị, nếu tái phát phải điều trị lại từ đầu.

Cách giảm liều Corticoid uống

| | |
|----------------------------|---|
| Liều khởi đầu | 1 mg/kg/ngày |
| Liều tối đa (người lớn) | 60 – 80 mg/ngày, có thể lên đến 100-200 mg/ngày. Trường hợp phản ứng viêm nặng có thể dùng 1g/ngày x 3 ngày. |
| Liều duy trì | ≤ 10 mg/ngày |
| Sơ đồ giảm liều | 40 mg/ngày, giảm 10 mg sau mỗi 1-2 tuần. 40 – 20 mg/ngày, giảm 5 mg sau mỗi 1-2 tuần. 20 – 10 mg/ngày, giảm 2,5 mg sau mỗi 1-2 tuần. 10 – 0 mg/ngày, giảm 1 - 2,5 mg sau mỗi 1-4 tuần. |
| Theo dõi | Huyết áp, cân nặng, đường huyết mỗi 3 tháng. Lipid (cholesterol, triglycerides) máu hàng năm. Mật độ xương trong 3 tháng đầu điều trị và hàng năm. |
| Điều trị bổ sung | Calcium 1500 UI/ngày, vitamin D 800 UI/ngày. |

7. Theo dõi

- Nhấn áp và đáp ứng lâm sàng từ 1-7 ngày, sau đó 3-4 tuần.
- Duy trì steroid từ 3-6 tháng sau khi hết dấu hiệu viêm và giảm liều từ từ.
- Huyết áp, Creatinin máu mỗi 2 tuần trong 2 tháng đầu tiên, mỗi tháng tiếp theo
- Công thức máu, chức năng gan, Magne mỗi 3 tháng
- Nhiễm độc thận ít khi xảy ra ở bệnh nhân trẻ < 30 tuổi, liều cyclosporine A thấp < 5 mg/kg/ngày, creatinin/máu tăng < 30%. Vì vậy khi creatinin/máu tăng ≥ 30%, cần giảm liều cyclosporine A.
- Tác dụng phụ của thuốc: Nhiễm độc thận, cao huyết áp thường gặp, run tay chân, suy gan, tăng sản nướu, đau cơ, chứng rậm lông, rối loạn tiêu hóa...



Tài liệu tham khảo:

1. The Will Eye Manual 7th, 2017, chapter 12.18
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y Tế, Nhãn viêm giao cảm

6.2. DỊ VẬT KẾT MẠC VÀ GIÁC MẠC

| | |
|--------------------|--|
| Điều trị ngoại trú | Dị vật kết mạc đơn thuần Dị vật giác mạc nông |
| Điều trị nội trú | Dị vật giác mạc sâu, xuyên tiền phòng, có kèm khâu giác mạc |

1. Triệu chứng cơ năng

- Cảm giác dị vật, chảy nước mắt
- Tiền căn chấn thương

2. Triệu chứng thực thể

- Khám sinh hiển vi: quan sát thấy dị vật kết mạc hoặc giác mạc, có thể có vòng rỉ sét kèm theo. Có thể quan sát thấy thâm nhiễm giác mạc xung quanh dị vật. Kết mạc cương tụ, phù mi hoặc phản ứng tiền phòng nhẹ.
- Trường hợp quan sát thấy các vết trầy biểu mô giác mạc theo đường dọc hoặc tổn thương biểu mô giác mạc dạng chấm: nghi ngờ có dị vật kết mạc sụn mi trên.

3. Nguyên nhân

- Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc
- Viêm giác mạc.

5. Cận lâm sàng

- Trường hợp nghi ngờ có dị vật nội nhãn hay hóc mắt kèm theo chỉ định thực hiện siêu âm B, chụp CT scan hóc mắt hoặc siêu âm UBM
- Chỉ thực hiện trong trường hợp cần lấy dị vật trong phòng mổ: công thức máu, TS- TC, HbsAg, antiHCV.

6. Điều trị

6.1. Trường hợp dị vật nông: Lấy dị vật trên máy khám sinh hiển vi

- Nhỏ tê tại chỗ Tetracain 0.5%, lấy dị vật bằng kim 26G, cạo sạch vòng rỉ sét
- Trường hợp vòng rỉ sét quá nhiều không nên cố gắng lấy hết trong một lần, hẹn bệnh nhân tái khám sau 03 ngày
- Tra thuốc mỡ kháng sinh Ofloxacin 0.3% hoặc Tobramycin 0.3%.

