

	PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ		Mã số :
	VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC		Hiệu lực từ :
			Lần ban hành :
			Trang :
			Mã đơn vị

I. Triệu chứng**1. Chủ quan**

- Cấp tính: đau, đỏ, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực
- Mãn tính: giảm thị lực, có thể có những đợt viêm tăng lên sau đó giảm xuống

- Khách quan: tế bào (cell) trong tiền phòng, đục thủy dịch (flare), cương tụ rìa, lắng đọng sau giác mạc. Nhấn áp thường giảm nhưng có thể tăng. Có thể có fibrin hay mủ tiền phòng, nốt trên mống, teo mống, dị sắc mống, dính mống, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang. Lưu ý: Có thể không có cương tụ rìa.

II. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng bồ đào sau là chủ yếu và lan ra viêm màng bồ đào trước: vẫn đục dịch kính nhiều, các dấu hiệu viêm màng bồ đào sau khác khi soi đáy mắt.
- Viêm mống mắt do chấn thương
- Hội chứng Posner-Schlossman
- VMĐ do thuốc: rifabutin, cidofovir, sulfonamide
- Viêm củng mạc-màng bồ đào: VMĐ thứ phát sau viêm củng mạc, thường rất đau
- Đỏ mắt do kính tiếp xúc: đỏ mắt, phù giác mạc, khuyết biểu mô giác mạc, viêm mống mắt có thể có mủ tiền phòng, không có thâm nhiễm nhu mô
- Viêm giác mạc-màng bồ đào nhiễm trùng: thâm nhiễm giác mạc
- VMNN nhiễm trùng: tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương, đỏ mắt, đau, mủ tiền phòng, fibrin, viêm dịch kính, có thể nội sinh (hay có sốt, tăng bạch cầu)
- Hội chứng Schwartz: sắc tố tiền phòng do bong võng mạc mãn tính gây tăng nhãn áp
- U nội nhãn: u nguyên bào võng mạc ở trẻ em, lymphoma nội nhãn ở người già, u di căn nội nhãn ở mọi lứa tuổi
- Giải viêm màng bồ đào: Hội chứng phân tán sắc tố

III. Nguyên nhân**1. Cấp tính:**

- Vô căn
- Có liên quan HLA-B27: các bệnh toàn thân phối hợp có thể là viêm cứng cột sống, hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, bệnh ruột viêm
- VMĐ do thủy tinh thể: sau phẫu thuật thủy tinh thể còn sót nhân-chất nhân, sau chấn thương có vỡ thủy tinh thể, hoặc thủy tinh thể quá chín
- Viêm mống mắt sau phẫu thuật: cần chẩn đoán phân biệt với VMNN nếu đau và viêm nhiều
- Hội chứng VMĐ-glaucoma-xuất huyết tiền phòng: thường do kính nội nhãn gây kích thích (nhất là đặt tiền phòng)
- Bệnh Behçet: người trẻ, có mủ tiền phòng, viêm mống mắt, loét miệng và bộ phận sinh dục, nốt đỏ da, viêm mạch máu võng mạc xuất huyết, nhiều đợt tái phát
- Bệnh Lyme: có tiền sử bị côn trùng cắn, và phát ban
- Thiếu máu phần trước nhãn cầu: thủy dịch đục nhiều hơn phản ứng tế bào. Đau. Thứ phát sau hẹp động mạch cảnh, đai củng mạc quá chặt, hoặc sau mổ lệ.
- Các nguyên nhân nhiễm trùng khác: hiếm, có thể là quai bị, cúm, adenovirus, sởi, Chlamydia, Leptospirosis, bệnh Kawasaki, và bệnh rickettsia

	PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ		Mã số :
	VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC		Hiệu lực từ :
			Lần ban hành :
			Trang :
			Mã đơn vị

2. Mẫn tính:

- Viêm khớp thiếu niên: thường ở trẻ gái, có thể không đau và không có triệu chứng hoặc mắt chỉ cương tụ rất nhẹ. Thường 2 bên, kháng thể kháng nhân ANA dương tính, yếu tố thấp RF âm tính, tăng tốc độ lắng máu. Có thể tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang.
- Viêm mống mắt thể mi mẫn tính ở trẻ em: thường ở trẻ gái, nhưng không có viêm khớp
- Viêm mống mắt thể mi dị sắc mống Fuchs: ít triệu chứng, teo mống mắt lan tỏa làm cho mống nhạt màu hơn và thấu quang. Thường không dính mống sau, lắng đọng mìn lan tỏa khắp mặt sau giác mạc. Phản ứng tiền phòng nhẹ. Đục dịch kính, glaucoma, và đục thủy tinh thể thường gặp.
- Sarcoidosis: thường 2 mắt, dính mống sau nhiều, hoặc có nốt u trên kết mạc
- Herpes simplex / herpes zoster: có sẹo giác mạc, tiền sử đỏ mắt tái phát 1 bên hoặc nổi bóng nước trên da mi. Thường có tăng nhãn áp và teo mống
- Giang mai: có thể có phát ban, nốt hồng (mạch máu) trên mống, viêm giác mạc mô kề với mạch máu ma. Giang mai thần kinh có thể có viêm dịch kính và kích thích màng não
- Lao: IDR dương tính, sang thương phổi trên Xquang, có thể viêm giác mạc bông (phlycten) hoặc mô kề, viêm màng bồ đào sau.
- Nguyên nhân khác: cùi, brucellosis

IV. Cận lâm sàng

1. Căn bản:

- Công thức máu
- Tốc độ lắng máu, C-reactive protein
- Thử giang mai: VDRL, FTA-ABS
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang phổi

2. Chuyên sâu:

- Angiotensin converting enzyme
- Kháng thể Toxoplasma IgM, IgG
- Toxocara ELISA
- Antineutrophil cytoplasmic antibody
- Định type HLA
- Chụp mạch huỳnh quang, chụp OCT, siêu âm...

V. Điều trị

- Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1% 2 lần/ngày nếu viêm nặng
- Kháng viêm steroid:
 - Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% mỗi 1-6 giờ tùy theo mức độ viêm. Có thể dùng thêm thuốc mỡ steroid vào buổi tối. Nếu viêm nặng và không đáp ứng với thuốc nhỏ, có thể tiêm tại chỗ steroid (dưới kết mạc, cạnh nhãn cầu hoặc dưới Tenon)

	PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG BỎ ĐÀO TRƯỚC	Mã số :
		Hiệu lực từ :
		Lần ban hành :
		Trang :
		Mã đơn vị

- b. Toàn thân: nếu không cải thiện với điều trị tối đa tại chỗ hoặc bệnh cả 2 mắt nặng thì có thể dùng steroid toàn thân hoặc ức chế miễn dịch
- Điều trị tăng nhãn áp: tránh dùng pilocarpine hoặc prostaglandin.
 - Điều trị nguyên nhân: nếu biết

VI. Theo dõi

- Mỗi 1-7 ngày trong giai đoạn cấp tùy theo mức độ nặng, mỗi 1-6 tháng trong giai đoạn ổn định
- Mỗi lần khám, cần đánh giá phản ứng tiền phòng và đo nhãn áp
- Cần khám dịch kính và đáy mắt khi viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3-6 tháng
- Khi phản ứng tiền phòng cải thiện, thì giảm liều steroid nhỏ 1 lần/ngày mỗi 3-7 ngày. Có thể ngưng steroid sau khi giảm liều và không thấy tế bào (cell) trong tiền phòng (có thể vẫn còn đục thủy dịch). Có khi vẫn phải duy trì liều thấp mỗi ngày hoặc mỗi 2 ngày để tránh tái phát. Có thể ấn điểm lệ để gia tăng tác dụng của thuốc và tránh thuốc hấp thu vào toàn thân. Thuốc liệt thể mi cũng được giảm liều khi tình trạng viêm giảm. Thuốc liệt thể mi phải được dùng tối thiểu 1 lần/ngày vào buổi tối cho đến khi không còn tế bào trong tiền phòng.

Tài liệu tham khảo

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

	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người giám sát	Người phê duyệt
Chữ ký				
Họ và tên	BS Võ Quang Hồng Điểm	BS. Trần Huy Hoàng	BS. Bùi.t.Thu Hương	BS. Trần Anh Tuấn
Chức danh	BS Soạn thảo	BS Trưởng khoa	TP.KHTH	GIÁM ĐỐC