

VIÊM THƯỢNG CÙNG MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm thượng cùng mạc là một bệnh thường gặp và hay bị ở hai mắt, vô căn và lành tính, dễ tái phát. Viêm thượng cùng mạc cấp tính là phổ biến, thường là vô căn và có tiên lượng thị lực tốt.

2. NGUYÊN NHÂN:

- Vô căn: thường gặp; 60% bệnh nhân không có bệnh nền.

- Do nhiễm trùng: Herpes zoster virus (sẹo do các nốt tổn thương ở da, có thể gây viêm thượng cùng mạc hoặc viêm cùng mạc), lây nhiễm qua đường tình dục, nhiễm động vật đơn bào, và nhiễm trùng khác.

- Do thuốc (Thuốc chống động kinh topiramate và thuốc hạ canxi máu pamidronate).

- Nguyên nhân khác: bệnh trứng cá đỏ, viêm da atopy, các bệnh lý mạch máu mô liên kết (ví dụ: thấp khớp, nhiễm trùng đường ruột, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, lupus ban đỏ hệ thống), viêm mạch và gút.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đỏ mắt nhanh đi kèm đau nhẹ ở một hoặc hai mắt, hay gặp trong độ tuổi trung niên và thường là nữ giới; tiền sử tái phát nhiều lần.

- Không có dịch tiết hay sợ sáng.

3.2. Triệu chứng thực thể:

- Đỏ mắt khu trú hoặc lan tỏa (ít gặp) ở một hay hai bên mắt, thường làm giãn mao mạch ở thượng cùng mạc. các mao mạch thường to, chạy hướng về phía kết mạc, có thể di chuyển khi dung tẩm bông thăm khám.

- Đau nhẹ đến trung bình vùng thượng cùng mạc bị tổn thương hoặc nhìn thấy nốt trên cùng mạc có thể di chuyển nhẹ khi khám hoặc bắt màu Fluorescein. Hiếm khi đi kèm viêm màng bồ đào trước hoặc viêm giác mạc. Thị lực không bị ảnh hưởng.

3.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm cùng mạc: Diễn hình là bệnh nhân lớn tuổi. Có thể đã biết bệnh tiềm ẩn qua trung gian miễn dịch (ví dụ: bệnh mạch máu collagen). Con đau sâu, dữ dội và thường lan sang cùng bên của đầu hoặc mặt. Cùng mạc có thể có màu tím khi quan sát dưới ánh sáng tự nhiên. Mạch máu cùng mạc (và thượng cùng mạc sâu), cũng như mạch kết mạc và bề mặt thượng cùng mạc cương tụ. Các mạch máu cùng mạc không bị trắng khi nhỏ phenylephrine 2,5% tại chỗ. Có thể liên quan đến viêm giác mạc rìa.

- Viêm móng mắt thể mi: tế bào và chất xuất tiết ở tiền phòng

- Viêm kết mạc: đỏ lan tỏa kèm theo nang hoặc nhú kết mạc.

- Đeo kính áp tròng: Hội chứng đeo kính áp tròng quá chặt hoặc phản ứng với dung dịch kính áp tròng. Phải được xem xét ở tất cả những người đeo kính áp tròng.

3.4. Chẩn đoán xác định:

- Tiền sử: Đánh giá tiền sử phát ban, viêm khớp, bệnh hoa liễu, bệnh do vi rút gần đây và các bệnh lý khác.

- Khám dưới ánh sáng tự nhiên: tìm màu tím của thượng củng mạc.

- Khám đèn khe: gây tê (bằng Proparacaine) và di chuyển kết mạc bằng tăm bông để xác định độ sâu của các mạch máu cương tụ. Đánh giá xem có liên quan đến giác mạc hoặc tiền phòng không. Đo nhãn áp.

- Nhỏ một giọt phenylephrine 2,5% vào mắt bị bệnh và kiểm tra lại mạch máu sau 10 đến 15 phút. Các mạch máu thượng củng mạc không bị cương tụ, làm nổi bật mạch máu củng mạc bên dưới.

- Nếu bệnh sử gợi ý nguyên nhân gây bệnh (bệnh toàn thân ảnh hưởng lên mắt) hoặc trong trường hợp bệnh tái phát, nên làm các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp (ví dụ, công thức máu đầy đủ, bảng chuyển hóa toàn diện, kháng thể kháng nhân [ANA], yếu tố dạng thấp [anticyclic citrullinated peptide anti CCP], tỷ lệ sắc tố hồng cầu [ESR], nồng độ axit uric huyết thanh, RPR hoặc VDRL, FTA-ABS hoặc xét nghiệm treponemal đặc hiệu, kháng thể kháng tế bào chất [ANCA]).

4. ĐIỀU TRỊ:

- Nhẹ nhỏ nước mắt nhân tạo 4 lần/ngày

- Trung bình đến nặng: nhỏ NSAID (Diclofenac 0.1% 4 lần/ngày, Bromfenac 0.07% hoặc 0.09% 4 lần/ngày) hoặc nhỏ steroid tác dụng nhẹ (Fluorometholone 0.1% hoặc 0.25%, Fluorometholone acetate 0.1% hoặc Loteprednol 0.5% 4lần/ngày) thường làm giảm cảm giác khó chịu. Đôi khi, tra steroid tại chỗ mạnh hơn hoặc thường xuyên hơn là cần thiết.

- Thuốc NSAIDs toàn thân dạng uống có thể được sử dụng như một liệu pháp điều trị thay thế ban đầu không chứa steroid và nên được uống sau ăn hoặc kèm thuốc kháng axit (ví dụ: Ibuprofen từ 200 đến 600 mg / 2-4 lần/ngày, Naproxen 250 đến 500 mg uống 2 lần/ngày hoặc Flurbiprofen 50 đến 100 mg) uống ít nhất 10 đến 14 ngày.

Lưu ý: Nhiều bác sĩ thích NSAIDs uống hơn NSAIDs hoặc Steroid tại chỗ như liệu pháp điều trị ban đầu.

5. THEO DÕI:

- Bệnh nhân được điều trị bằng nước mắt nhân tạo không cần phải đi khám trong vài tuần trừ khi tình trạng khó chịu trở nên tồi tệ hơn hoặc kéo dài.

- Nếu sử dụng steroid tại chỗ, hãy kiểm tra lại sau mỗi 2 đến 3 tuần cho đến khi các triệu chứng hết hẳn. Liệu sử dụng steroid sau đó được giảm dần. Viêm thượng củng mạc có thể tái phát ở mắt đó hoặc bên mắt còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 8, năm 2022.
- Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2020.