

1.5. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG

Điều trị ngoại trú: Tất cả các trường hợp

1. Phân loại:

Viêm kết mạc dị ứng được chia làm 2 nhóm:

1.1. Viêm kết mạc dị ứng cấp:

- Viêm kết mạc dị ứng cấp theo mùa (Seasonal allergic conjunctivitis - SAC)
- Viêm kết mạc dị ứng cấp quanh năm (Perennial allergic conjunctivitis - PAC)

1.2. Viêm kết mạc dị ứng mạn:

- Viêm kết mạc dị ứng mạn tính do cơ địa (Atopic keratoconjunctivitis - AKC)
- Viêm kết mạc nhú gai khổng lồ (Giant papillary conjunctivitis - GPC)
- Viêm kết giác mạc mùa xuân (Vernal keratoconjunctivitis - VKC)

2. Viêm kết mạc dị ứng cấp:

2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Ngứa
- Chảy nước mắt
- Có tiền căn dị ứng
- Thường bị hai mắt

2.2. Triệu chứng thực thể:

- Mi mắt: phù, đỏ da mi
- Kết mạc: nhú, phù bọt
- Tăng sắc tố quanh nhãn cầu
- Không có hạch trước tại



Hình: viêm kết mạc dị ứng cấp (Nguồn: The Wills Eye Manual)

2.3. Điều trị:

- Tầm soát các tác nhân gây dị ứng để phòng tránh là cách phòng bệnh tốt nhất. Các tác nhân thường gặp như lông thú, phấn hoa, mạt nhà. Tránh tiếp xúc phấn hoa, ở trong nhà, đóng kín cửa, tránh những khu vực nhiều cây cỏ, hoa, đeo kính râm, tắm rửa thay quần áo khi trở về nhà; thường xuyên dọn dẹp nhà cửa, giặt chăn màn để loại bỏ mạt nhà, bụi; giữ vật nuôi khỏi phòng ngủ, tránh tiếp xúc chó mèo....
- Chườm lạnh vài lần trong ngày.
- Thuốc nhỏ tại chỗ, tùy thuộc vào mức độ bệnh:
 - **Nhẹ:** nước mắt nhân tạo 4-8 lần/ ngày, nên sử dụng loại không có chất bảo quản: Natri hyaluronate (Vismed 0.18%, Sanlein 0.1%), carboxymethylcellulose sodium (Optive UD), polyethylene glycol 400 (Systane ultra UD)
 - **Trung bình:** sử dụng nước mắt nhân tạo, kèm theo thuốc nhỏ kháng histamine và/hoặc ổn định dưỡng bào như:
 - Nhỏ 1 lần/ngày gồm: Olopatadine (Pataday 0,2% hoặc 0,7%) và alcaftadine (Lastacaft 0,25%)
 - Nhỏ 2 lần ngày gồm: Olopatadine (Patanol 0,1%), epinastine 0,05% (Relestat 0,05%), nedocromil 2%, bepotastine 1,5% hoặc ketotifen 0,025% (Zaditen 0,025%)
 - Pemirolast 0,1% (Alegysal 0,1%) và lodoxamide (Alomide 0,1%) cũng có thể giảm triệu chứng nhưng nên dùng với liều 4 lần/ ngày.
 - **Nặng:** ngoài các thuốc trên cần thêm steroid nhỏ mắt nhẹ (loteprednol 0,5% (Lotemax 0,5%, Lotecor 0,5% ...) hoặc

fluorometholone 0,1% (Fluorometholone 0.1%, FML 0,1%, Eporon 0,2%, Flarex 0,1%) 4 lần/ ngày trong 1 đến 2 tuần.

- Thuốc kháng histamine uống trong trường hợp trung bình đến nặng có thể rất hữu ích: loratadinê (Clarityne 10mg, Lorastad 10mg...), levocetirizin (Lertazin 5 hoặc 10mg...), ebastin (Meyerbastin 10 hoặc 20mg...), desloratadine (Tadaritin...), rupatadine (Rupafin 10), fexofenadine (Telfast,...).
- *Lưu ý: các thuốc nhỏ mắt kháng viêm non-steroid NSAID như ketorolac (Acuvail 0.45% hoặc Acular 0.5%) nhỏ 4 lần/ngày cũng giảm viêm hiệu quả nhưng nên theo dõi nguy cơ độc biểu mô nếu dùng kéo dài. Sử dụng thường quy steroid hay kháng sinh để điều trị VKM dị ứng cấp không được khuyến khích.*
- Theo dõi: Tái khám 2 tuần. Nếu dùng steroid nhỏ mắt, cần giảm liều dần và theo dõi tác dụng phụ.

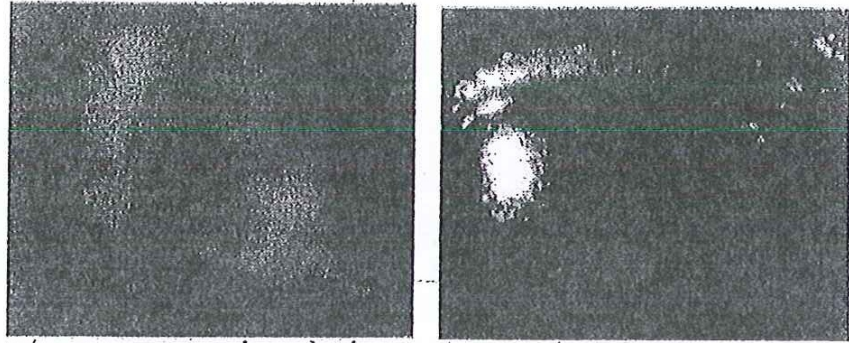
3. Viêm kết mạc mùa xuân/ Viêm kết mạc dị ứng mạn tính do cơ địa:

3.1. Triệu chứng cơ năng:

- Thường bị hai mắt nhưng triệu chứng thường không cân xứng 2 mắt với xuất tiết đặc, dạng dây dính.
- Thường gặp hơn ở bé trai.
- Bệnh tái phát theo mùa (mùa xuân/mùa hè) trong viêm kết mạc mùa xuân; cơ địa dị ứng như viêm da, và/hoặc hen suyễn không có liên quan đến thời tiết trong viêm kết mạc dị ứng mạn tính do cơ địa.
- Viêm kết mạc mùa xuân thường gặp ở bệnh nhân trẻ hơn.

3.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhú gai không lồ ở kết mạc sụn mi trên hoặc dọc theo rìa (viêm rìa).
- Triệu chứng khác: loét giác mạc hình khiên (loét bờ rõ, vô trùng, thâm nhiễm dạng xám trắng với khuyết biểu mô), những chấm trắng nhô cao ở rìa (hạt Horner-Trantas) của các tế bào bạch cầu ái toan thoái hóa, viêm giác mạc chấm nông (SPK).



Hình: Nhú gai không lồ kết mạc sụn mi trên và các hạt Horner-Trantas ở rìa (Nguồn: The Wills Eye Manual)

3.3. Điều trị:

- Điều trị tương tự như viêm kết mạc dị ứng cấp trừ việc luôn đảm bảo sử dụng thuốc phòng ngừa bao gồm một thuốc ổn định dưỡng bào hoặc phối hợp giữa thuốc kháng histamin/ổn định dưỡng bào trong 2 đến 3 tuần trước khi mùa dị ứng bắt đầu.
- Nếu có loét hình khiên: sử dụng thêm:
 - o Thuốc nhỏ steroid như loteprednol 0.5% (Lotemax 0,5%, Lotecor 0,5%) hoặc prednisolone acetate 1% (Predforte 1%), thuốc mỡ dexamethasone 0.1% nhỏ 4 đến 6 lần mỗi ngày.
 - o Thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ kháng sinh 4 đến 6 lần/ngày.
 - o Thuốc liệt điều tiết: ví dụ cyclopentolate 1% (Cyclogyl 1%)
 - o *Lưu ý: Đôi khi cần phải cạo các mảng bám (plaque) trên bề mặt loét hình khiên để thúc đẩy lành biểu mô.*
- Chườm lạnh 4 lần/ngày.
- Xem xét sử dụng cyclosporine 0.05% (Restasis 0.05%) 4 lần/ngày nếu không đáp ứng với điều trị như trên. Cần báo cho bệnh nhân biết thuốc chỉ đạt hiệu quả tối ưu sau nhiều tuần.
- Nếu có liên quan đến viêm da dị ứng ở mi mắt, nên sử dụng thuốc mỡ tacrolimus 0.03% đến 0.1% buổi tối trước khi ngủ hoặc 2 lần/ngày, kem pimecrolimus 1% dùng 2 lần/ngày, hoặc thuốc mỡ steroid tra mắt 4 lần/ngày ở vùng da bị viêm trong 1 đến 2 tuần.

3.4. Theo dõi:

- Tái khám mỗi 1 đến 3 ngày trong trường hợp có loét hình khiên; các trường hợp còn lại, mỗi vài tuần.
- Thuốc nhỏ mắt nên được giảm liều từ từ khi triệu chứng cải thiện. Các

thuốc nhỏ kháng dị ứng được duy trì trong suốt mùa bệnh và thường được sử dụng vài tuần trước mùa bệnh kế tiếp.

- Bệnh nhân được sử dụng steroid cần được theo dõi sát để theo dõi nhãn áp, ngay cả khi dùng ngoài da.

Tài liệu tham khảo

1. Bagheri N., Wajda N. Brynn, Calvo C., Durrani A. (2017). The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease (7th edition). Chapter 5: Conjunctiva/sclera/iris/ external disease, 206-7.