

1.2. HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

Chỉ định điều trị ngoại trú: Tất cả các trường hợp

1. Triệu chứng cơ năng

- Mắt có thể đỏ, cảm giác khô, nóng, cảm giác dị vật, chảy nước mắt, giảm thị lực từ nhẹ đến nặng, chói sáng.
- Triệu chứng nặng lên khi tiếp xúc với gió, khói, nhiệt độ cao, độ ẩm không khí thấp, sử dụng mắt lâu (như làm việc trên máy tính nên giảm chớp mắt). Bệnh thường mãn tính và bị hai mắt. Triệu chứng khó chịu thường không tương xứng với dấu chứng lâm sàng.

2. Triệu chứng thực thể

- Liềm nước mắt giảm và không đều ở bờ mi dưới, thông thường liềm sinh lý cao khoảng 0.5mm và có hình vòm.
- Giảm thời gian vỡ phim nước mắt (BUT) (đánh giá thời gian sau nhuộm fluorescein từ lúc chớp mắt đến lúc phim nước mắt vỡ): nếu dưới 10 giây là phim nước mắt bị mất ổn định.
- Lưu ý: Phim nước mắt có thể vỡ tại bất cứ vị trí nào, sự vỡ sớm lặp lại tại một vị trí gợi ý có sự bất thường khu trú của bề mặt giác mạc.
- Các dấu hiệu khác: nhuộm giác mạc hoặc kết mạc dạng chấm với fluorescein, rose bengal, xanh lissamine ở phía dưới hoặc vùng khe mi. Lớp phim nước mắt có nhiều nhầy hoặc lắng đọng (debris) và sợi giác mạc có thể gặp ở những trường hợp nặng.

3. Nguyên nhân

- Nguyên phát: thường gặp ở phụ nữ mãn kinh hoặc tiền mãn kinh.
 - Do tăng bốc hơi: suy giảm lớp lipid của phim nước mắt, thường do viêm bờ mi hoặc rối loạn chức năng tuyến Meibomius. Triệu chứng nặng lên vào buổi sáng, bệnh nhân thường than mờ mắt khi thức dậy.
 - Do thiếu lớp nước: khô mắt do thiếu lớp nước; sự tiết lớp nước trong phim nước mắt thường giảm theo tuổi. Triệu chứng thường nặng về chiều và khi sử dụng mắt nhiều.
 - Phối hợp cả hai yếu tố trên: tăng bốc hơi và giảm tiết nước mắt thường phối hợp với nhau. Đôi khi có cả tình trạng giảm tiết mucin.

- Liên quan đến lối sống: khí hậu khô nóng, tiếp xúc dị nguyên, đọc sách/ làm việc trên máy vi tính/ xem ti vi thời gian lâu.
- Các bệnh lý mô liên kết: ví dụ hội chứng Sjögren, viêm khớp dạng thấp, u hạt Wegener, lupus hệ thống.
- Sẹo kết mạc: do bệnh mắt hột, bỏng hóa chất, hội chứng Steven-Johnson, sẹo xơ sau pemphigoid nhãn cầu.
- Thuốc: ngừa thai uống, kháng cholinergic, kháng histamin, chống loạn nhịp, chống co thắt, chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, ức chế beta, lợi tiểu, retinoids, ức chế sự tái hấp thụ serotonin chọn lọc, hóa trị.
- Thâm nhiễm tuyến lệ: sarcoidosis, u.
- Xơ hóa tuyến lệ sau xạ trị.
- Thiếu vitamin A: thường do suy dinh dưỡng, kém hấp thu ở ruột, sau phẫu thuật giảm cân.
- Sau phẫu thuật khúc xạ trên giác mạc như: PRK, LASIK: thường thứ phát do các nhánh thần kinh giác mạc bị cắt đứt và ảnh hưởng đến sự tiết nước mắt phản xạ bình thường.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Với các bệnh lý giác mạc chấm nông.

5. Khám - Test khám - Cận lâm sàng

- Hỏi bệnh và khám để tìm các yếu tố gợi ý nguyên nhân.
- Khám trên sinh hiển vi, nhuộm fluorescein để khám bề mặt nhãn cầu và làm test vỡ phim nước mắt (BUT). Cũng có thể sử dụng rose bengal hoặc xanh lissamine để nhuộm kết giác mạc.
- Khám liềm nước mắt tốt nhất trước khi nhỏ thuốc.
- Thực hiện Schirmer test: thấm bột nước mắt còn tồn đọng, đặt giấy thấm vào cùng đồ dưới tại vị trí 1/3 ngoài và 1/3 giữa của mi mắt, trong 5 phút, bệnh nhân phải mở mắt và chớp mắt bình thường.
 - Khi không nhỏ tê: đo lường sự tiết nước mắt cơ bản và phản xạ. Kết quả bình thường khi độ dài nước mắt thấm là ít nhất 15mm trong 5 phút.
 - Khi có nhỏ thuốc tê: nhỏ thuốc tê (như proparacaine) trước khi thấm bột lượng nước mắt dư, và đặt giấy thấm, test dùng để đo sự tiết

nước mắt cơ bản, kết quả bất thường khi độ dài đo được 5mm trở xuống. Dưới 10mm được xem là nghi ngờ có giảm tiết.

- Các test khác bao gồm đo áp suất thẩm thấu của nước mắt, đo MMP-9: các chỉ số này tăng gợi ý có khô mắt và mất cân bằng phim nước mắt. Nồng độ lactoferrin trong nước mắt giảm cũng cho biết khô mắt. Có thể đo nồng độ lactoferrin trong nước mắt; nồng độ thấp gợi ý khô mắt do thiếu thành phần nước.
- Máy khám khô mắt (Keratograph) đo chiều cao liềm nước mắt, NIKBUT, chụp hình tuyến Meibomius...
- Tầm soát hội chứng Sjögren.

6. Điều trị

6.1. Mức độ nhẹ

- Nhỏ nước mắt nhân tạo khoảng 4 lần/ngày.

6.2. Mức độ trung bình

- Nhỏ nước mắt nhân tạo mỗi 1-2 giờ, nên nhỏ loại không có chất bảo quản:
 - *Nước mắt nhân tạo có chất bảo quản:* carboxymethylcellulose (Refresh tear, Optive), dextran, glycerin, hypromellose, polyethylene glycol 400 (Systane, Systane Ultra), polysorbate (Gentel), polyvinyl alcohol, povidone, propylene glycol hoặc Natri hyaluronat (Sanlein 0,1% hoặc 0,3%, Tearbalance 0,1%...) hoặc diquafosol sodium (Diquas 3%) ...
 - *Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản (loại tép):* Natri hyaluronate (Vismed 0.18%), carboxymethylcellulose sodium (Optive UD, Refresh tear Plus), polyethylene glycol 400 (Systane Ultra UD)...
- *Tra mỡ hoặc gel nước mắt nhân tạo:* Dexpanthenol (Corneregel), Carbomer (Liposic eye gel), carboxymethylcellulose (Refresh liquid gel)
- *Thay đổi lối sống:* ví dụ dùng thiết bị làm ẩm không khí, ngưng hút thuốc.
- *Cyclosporin 0.05% (Restasis 0.05%)* nhỏ 2-4 lần/ngày hiệu quả đối với tình trạng khô mắt mạn tính và giảm tiết nước mắt do viêm. Nhỏ cyclosporin sẽ có cảm giác bỏng rát khoảng vài tuần đầu, thuốc có tác dụng sau 1-3 tháng sử dụng. Để tăng hiệu quả của thuốc và làm giảm tác

dụng phụ, có thể nhỏ kèm steroid (loteprednol 0.5%) x 2-4 lần/ngày trong 1 tháng khi bắt đầu nhỏ cyclosporine.

- Nếu các cách trên không hiệu quả hoặc không thực hiện được, cân nhắc phương pháp nút điểm lệ. Cần điều trị các tình trạng viêm bao gồm viêm bờ mi trước khi nút điểm lệ.

6.3. Mức độ nặng

- Cyclosporin 0.05% (Restasis 0.05%) sử dụng như trên.
- Nút điểm lệ, kể cả điểm lệ trên và dưới nếu cần, phối hợp nhỏ nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản mỗi 1-2 giờ. Cần nhắc đến việc nút điểm lệ vĩnh viễn bằng cách đốt điểm lệ nếu nút bị rơi.
- Sử dụng nước mắt nhân tạo dạng mỡ hoặc gel 2-4 lần/ngày và trước khi ngủ
- Đeo kính tạo ẩm ban đêm.
- Nếu có các sợi nhầy hoặc sợi giác mạc thì cần bóc sợi và dùng acetylcysteine 10% 4 lần/ngày
- Các điều trị khác như dùng dầu cá omega 3, dầu hạt lanh, huyết thanh tự thân, thuốc nhỏ vitamin A, dùng kính áp tròng dạng băng mắt hoặc kính cứng mạc.
- Cần nhắc phẫu thuật khâu cò vĩnh viễn nếu các cách trên không hiệu quả. Có thể dùng băng dính để khâu cò tạm (tại vị trí 1/3 giữa và ngoài) trong khi chờ phẫu thuật khâu cò.

Lưu ý:

- Cần điều trị các bệnh lý phối hợp với khô mắt như viêm bờ mi, bệnh lý giác mạc do hở mi. Các phương tiện điều trị viêm bờ mi: gác chườm ẩm (Eyegiene), rối loạn tuyến Meibomius (Lipiflow, eyeXpress, NuLids, iLux, Intense Pulsed Light, BlephEx, Thermflo ..)
- Luôn sử dụng nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản nếu sử dụng hơn 4 lần/ngày để hạn chế độc tính của chất bảo quản.
- Khi bệnh nhân có các triệu chứng nghi ngờ bệnh lý mô liên kết (như đau khớp, khô họng...) nên cho xét nghiệm máu để loại trừ các bệnh lý này và/hoặc chuyển bác sĩ chuyên khoa nội tiết để phối hợp điều trị.

7. Theo dõi

- Đánh giá bệnh nhân sau vài ngày hoặc vài tháng dựa vào độ nặng của các triệu chứng và mức độ khô mắt.

- Các trường hợp khô mắt nặng do được các bệnh lý mạn tính toàn thân như viêm khớp dạng thấp, hội chứng Sjögren, sarcoidosis, pemphigoid tại mắt cần được theo dõi sát hơn.

Lưu ý:

- Bệnh nhân khô mắt nặng nên tránh dùng kính tiếp xúc và các phẫu thuật khúc xạ trên giác mạc như LASIK hoặc PRK. Tuy nhiên, có thể sử dụng loại kính tiếp xúc sử dụng 1 lần duy nhất hàng ngày nếu lắp kính không quá chặt và phối hợp nhỏ cyclosporin 0.05%, và nút điểm lệ nếu cần.
- Bệnh nhân có hội chứng Sjögren có nguy cơ cao mắc bệnh lymphoma và niêm mạc, nên phối hợp theo dõi bệnh nhân với bác sĩ chuyên khoa nội tiết, khớp, nha khoa và sản khoa.

Tài liệu tham khảo:

1. Bagheri, Nika; Wajda, B.N (2017) The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease (7th edition). Chapter 4: Cornea, 118-22
2. Mannis M.J, Holland E.J (2017). Cornea: Fundamentals, Diagnosis and Management (4th edition). Chapter 33: Dry Eye, 968-1008
3. DEWS II Report (2017). Kết Luận Và Khuyến Cáo Hội Thảo Khô Mắt Quốc Tế Lần II – 2017. Nhà Xuất Bản Y Học.