

## 5.5. NHÃN VIÊM GIAO CẨM

### 1 Triệu chứng lâm sàng

#### 1.1 Cơ năng

- Giảm thị lực, đau nhức, đỏ mắt, sợ ánh sáng và chảy nước mắt

#### 1.2 Thực thể

– Nhãn viêm giao cảm biểu hiện như một trường hợp viêm màng bồ đào toàn bộ dạng hạt, xảy ra ở hai mắt, với triệu chứng thường không đồng đều (mắt lành thường có phản ứng nặng hơn mắt có tiền căn chấn thương hoặc phẫu thuật)

– Phản ứng màng bồ đào trước: kết mạc cương tụ rìa, lắng đọng sau giác mạc dạng mỡ cừu (mutton-fat), tế bào viêm (cell), protein (flare) trong tiền phòng, mỏng mắt dày, dính mỏng sau, có thể quan sát thấy nốt trên mỏng mắt, thay đổi nhãn áp

– Viêm màng bồ đào sau: tế bào viêm (cell), protein (flare) trong dịch kính, gai thị phù, sung huyết, bong võng mạc xuất tiết đa ổ hoặc bong võng mạc thanh dịch dạng bong, có thể quan sát thấy nốt Dalen-Fuchs (các nốt lắng đọng màu vàng-trắng nhỏ nằm giữa lớp biểu mô sắc tố võng mạc và màng Bruch), một số trường hợp có u hạt hắc mạc (các tổn thương dưới võng mạc, rải rác, bờ không rõ, màu vàng nhạt), hoặc “đáy mắt mặt trời lặn” (sunset glow fundus - do mất sắc tố hắc mạc) tương tự giai đoạn mạn tính của bệnh Vogt-Koyanagi-Harada.

– **Dấu hiệu ngoài mắt:** một số trường hợp hiếm gặp có thể kèm theo các dấu hiệu như viêm màng não, giảm thính lực, bạc da, lông, tóc, rụng tóc tương tự bệnh Vogt-Koyanagi-Harada.

### 2 Nguyên nhân

- Chấn thương xuyên nhãn cầu
- Phẫu thuật can thiệp nội nhãn: chủ yếu là phẫu thuật dịch kính võng mạc

### 3 Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada
- Sarcoidosis
- Lymphoma
- Viêm màng bồ đào dạng hạt nhiễm trùng (lao, giang mai)
- Viêm màng bồ đào vô căn mạn tính

### 4 Cận lâm sàng

- Chụp mạch huỳnh quang:
  - Giai đoạn cấp:
    - Thì sớm: Tăng quang đa ổ ở thì động tĩnh mạch
    - Thì muộn: Hiệu ứng đổ đầy (pooling) của tụ dịch dưới võng mạc
  - Giai đoạn mạn:

- Sẹo đồng tiền: Hiệu ứng cửa sổ
- Xơ hoá dưới võng mạc: Hiệu ứng nhuộm (staining)
- Tân mạch hắc mạc và gai thị
- OCT: Bong VM thanh dịch đa ổ, dày hắc mạc, thay đổi biểu mô sắc tố
- Siêu âm B: Dày hắc mạc, tách lớp võng mạc

## 5 Chỉ định nhập viện

- Tất cả các trường hợp nhãn viêm giao cảm

## 6 Điều trị

### 6.1 Steroid

- Nguyên tắc: Khởi đầu với liều cao, giảm liều dần, thời gian điều trị ít nhất 3 tháng

- Liều dùng:

Tấn công:

- Uống Prednisolone 1-2mg/Kg/ngày. Liều tối đa: 80 - 100 mg/ngày
- Truyền tĩnh mạch Methylprednisolone 1g/ ngày, truyền 3 ngày và sau đó chuyển sang uống Prednisolone 1 mg/Kg/ngày
- Nếu có phản ứng viêm của màng bồ đào trước: Steroid nhỏ + liệt thể mi
- Có thể bổ sung tiêm Triamcinolone dưới tenon 20-40mg

Giảm liều:

- > 40mg/ngày: Giảm 10 mg mỗi 1-2 tuần
- 20-40 mg/ngày: giảm 5 mg mỗi 1-2 tuần
- 10-20 mg/ngày: giảm 2,5 mg mỗi 1-2 tuần
- < 10mg/ngày: giảm 2,5 mg mỗi 1-4 tuần

- Điều trị bổ sung: Calcium 1500UI/ngày, vitamin D 800 UI/ngày, dự phòng loét dạ dày

- Trong trường hợp có nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng khi dùng steroid toàn thân, có thể tiêm steroid nội nhãn thay thế: triamcinolone 4mg/0,1 ml hoặc que cấy phóng thích chậm dexamethasone

### 6.2 Điều hoà miễn dịch

- Chỉ định: Không đáp ứng với steroid liều cao:
  - Bệnh nặng hơn hoặc không đáp ứng sau 2-4 tuần
  - Bệnh không hoàn toàn yên sau 4 tuần điều trị
  - Nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng khi dùng steroid
  - Tái phát nhiều lần
  - Phải dùng Prednisolone > 10mg/ngày kéo dài
- Hầu hết các thuốc điều hoà miễn dịch có tác dụng phụ gây độc lên các cơ quan và cần theo dõi sát khi dùng. Do đó cần phối hợp với bác sĩ nội khoa hoặc

bác sĩ khớp khi điều trị. Các thuốc điều hoà miễn dịch được sử dụng để điều trị nhãn viêm giao cảm:

- **Cyclosporine:** Ức chế calcineurin dẫn đến ức chế chức năng tế bào lympho T. Liều khởi đầu 2,5 - 5 mg/kg/ngày. Liều tối đa 10mg/kg/ngày. Khi bệnh đã đáp ứng điều trị từ 3 tháng trở lên, giảm liều dần cyclosporine: giảm 0,5mg/kg/ngày mỗi 1-2 tháng. Các tác dụng phụ cần lưu ý khi dùng thuốc: độc gan, độc thận, tăng sản vùng miệng, tăng huyết áp

- **Azathioprine:** Ức chế tổng hợp purine, tác động trên cả tế bào lympho T và B. Liều: 1-4 mg/kg/ngày. Liều cần thiết điều chỉnh dựa trên đáp ứng lâm sàng và tác dụng phụ. Cần theo dõi sát công thức máu vì azathioprine có thể ức chế tủy. Những tác dụng phụ khác bao gồm độc gan, viêm tụy và tăng nguy cơ ung thư

- **Methotrexate:** Đồng phân của acid folic, cạnh tranh với những emzym phụ thuộc acid folic như dihydrofolac reductase - tham gia vào tổng hợp nhân pyrimidine cần cho quá trình tổng hợp DNA, RNA, protein. Liều: 7,5 - 25mg một lần trong 1 tuần. Tác dụng phụ bao gồm: độc gan, giảm tế bào máu, viêm phổi kẽ, rối loạn tiêu hoá, rụng tóc, quái thai.

- **Mycophenolate mofetil:** Ức chế tổng hợp purine, dung nạp tốt hơn và ít tác dụng phụ hơn azathioprine. Liều: 1-3 g/ngày uống khi đói

- Điều hoà miễn dịch nhóm alkyl hoá như chlorambucil, cyclophosphamide được ghi nhận kiểm soát viêm trong nhãn viêm giao cảm. Tuy nhiên, các thuốc này có tác dụng phụ toàn thân nghiêm trọng như viêm bàng quang xuất huyết, ức chế tủy, ung thư, vô sinh. Do đó sử dụng khi bệnh quá nặng hoặc tái phát với các thuốc điều hoà miễn dịch khác và khi sử dụng, cần theo dõi sát bệnh nhân và phối hợp với bác sĩ nội khoa.

### 6.3 Thuốc sinh học

- Các thuốc sinh học ức chế TNF $\alpha$  như infliximab và adalimumab có thể sử dụng trong những trường hợp bệnh không đáp ứng với thuốc điều hoà miễn dịch. Adalimumab 40mg tiêm dưới da mỗi 2 tuần. Với bệnh nhân không đạt đáp ứng tối ưu, có thể tăng tần suất liều mỗi tuần 1 lần. Trước khi tiêm, cần kiểm tra lao vì có thể gây tình trạng tái hoạt.

### 6.4 Dự phòng

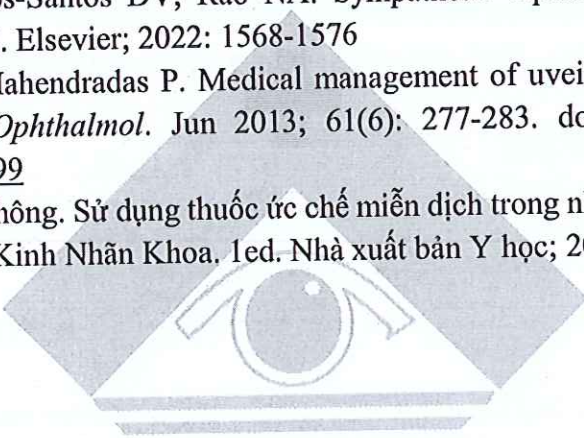
- Cố gắng khâu vết thương tốt
- Với mắt chấn thương nặng, phức tạp, mất chức năng: cân nhắc cắt bỏ nhãn cầu trong 14 ngày.
- Khi đã xảy ra nhãn viêm giao cảm, việc có nên cắt bỏ nhãn cầu mắt chấn thương hay không vẫn còn đang thảo luận.

## 7 Theo dõi

- Theo dõi tình trạng tái phát
- Theo dõi khi dùng steroid:
  - + Nhãn áp, đục thể thủy tinh
  - + Tình trạng viêm loét và xuất huyết đường tiêu hoá
  - + Huyết áp, cân nặng, đường huyết mỗi 3 tháng
  - + Lipid máu hằng năm
  - + Mật độ xương trong 3 tháng đầu điều trị và hằng năm
- Theo dõi khi dùng thuốc điều hoà miễn dịch và thuốc sinh học: cần phối hợp với bác sĩ nội khoa hoặc bác sĩ khớp để theo dõi các tác dụng phụ của thuốc như: Ức chế tủy, độc gan, độc thận, viêm bàng quang xuất huyết, ung thư.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vasconcelos-Santos DV, Rao NA. Sympathetic Ophthalmia. In Ryan's Retina. 7ed. Elsevier; 2022: 1568-1576
2. Babu K, Mahendradas P. Medical management of uveitis-current trends. *Indian J Ophthalmol.* Jun 2013; 61(6): 277-283. doi: [10.4103/0301-4738.114099](https://doi.org/10.4103/0301-4738.114099)
3. Lê Minh Thông. Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch trong nhãn khoa. In Bệnh Học Thần Kinh Nhân Khoa. 1ed. Nhà xuất bản Y học; 2013: 233-265



BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM