

6.22. BỆNH NHÃN GIÁP

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Cảm giác cộm xốn, đỏ mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, khô mắt, nặng mi mắt, lồi mắt
- Đau âm ỉ hốc mắt, giảm thị lực, song thị

1.2. Thực thể

- Co trợn mí trên là dấu hiệu thường gặp nhất (90%)
- Hiện tượng giập mí khi nhìn xuống (dấu von Graefe), phù mi
- Mất đồng vận mi mắt và nhãn cầu
- Lồi mắt thẳng trục 1 bên hoặc 2 bên
- Cương tụ mạch máu kết mạc, phù kết mạc, sung huyết cục lệ.
- Viêm loét giác mạc do hờ mi – một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực ở bệnh nhãn giáp.
- Hạn chế vận nhãn, song thị.
- Giảm thị lực do chèn ép thị thần kinh là một cấp cứu nhãn khoa, gặp dưới 5% trường hợp nhãn giáp điển hình, gây ra do cơ vận nhãn và tổ chức mỡ phì đại tạo nên hội chứng khoang tại vùng đỉnh hốc mắt. Hậu quả dẫn đến thị lực giảm, rối loạn sắc giác, mất phản xạ đồng tử hướng tâm
- Sụp mi nhược cơ có thể xảy ra do tình trạng xơ hóa phức hợp cơ nâng mi trên – cơ trực trên sau viêm.
- Có thể tóm tắt diễn tiến bệnh nhãn giáp qua các giai đoạn theo đường cong Rundle như sau:
 - Giai đoạn viêm: kéo dài từ 6 – 18 tháng với các dấu hiệu quanh hốc mắt và hốc mắt như lồi mắt và co rút mi.
 - Giai đoạn tĩnh: giảm viêm và cải thiện tối thiểu.
 - Giai đoạn nghỉ ngơi: cải thiện dần dần với khả năng vận động và cơ cơ được cải thiện

2. Phân loại tổn thương nhãn giáp

Nhãn giáp được phân loại dựa trên mức độ hoạt động của bệnh, cũng như mức độ ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Đây cũng là cơ sở để lựa chọn phương pháp điều trị.

2.1 Đánh giá tình trạng hoạt tính của bệnh (theo Hiệp hội nhãn giáp Châu Âu)(CAS)

Cho lần đánh giá đầu tiên

1. Đau tự phát sau nhãn cầu
2. Đau tăng khi liếc
3. Sưng mí do nhãn giáp hoạt tính
4. Đỏ mí
5. Kết mạc cương tụ do nhãn giáp hoạt tính
6. Phù kết mạc
7. Viêm nếp bán nguyệt hoặc cục lệ

Cho những lần theo dõi từ 1 đến 3 tháng

8. Tăng độ lồi trên 2mm
9. Giảm biên độ vận nhãn trên 8° ở bất kì hướng nào
10. Giảm thị lực tương đương 1 dòng bảng Snellen

Bệnh hoạt tính khi CAS $\geq 3/7$ (lần khám đầu) hoặc $\geq 4/10$ (sau theo dõi 1- 3 tháng)

2.2 Đánh giá mức độ nặng của bệnh (theo Hiệp hội nhãn giáp Châu Âu)

Bệnh nhãn giáp đe dọa thị lực	✓ Có tổn thương thị thần kinh và/hoặc tổn thương giác mạc. ✓ Cần can thiệp khẩn
Bệnh nhãn giáp trung bình đến nặng	✓ Có một trong các dấu chứng sau: - Co trợn mí $\geq 2\text{mm}$ - Ảnh hưởng các mô quanh nhãn cầu từ trung bình đến nặng - Lồi mắt $\geq 3\text{mm}$ xét theo giới tính và chủng tộc - Song thị cố định hoặc thay đổi ✓ Ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống, cần điều trị thuốc ức chế miễn dịch (trong giai đoạn hoạt tính) hoặc phẫu thuật (trong giai đoạn không hoạt tính)
Bệnh nhãn giáp nhẹ	✓ Có một trong các dấu chứng sau: - Co trợn mí nhẹ ($< 2\text{mm}$) - Ảnh hưởng nhẹ các mô quanh nhãn cầu - Lồi mắt $< 3\text{mm}$ xét theo giới tính và chủng tộc - Không song thị hoặc chỉ thoáng qua, tình trạng hờ mí đáp ứng với mỡ tra mắt ✓ Ảnh hưởng tối thiểu đến cuộc sống

3. Nguyên nhân

- Bệnh nhãn giáp thường đi kèm với cường giáp trong 90% trường hợp, các trường hợp còn lại (10%) là bình giáp hoặc nhược giáp. Mặc dù kiểm soát chặt chẽ chức năng tuyến giáp là cần thiết ở bệnh nhân giáp nhưng tiến triển lâm sàng và độ nặng của bệnh không tương quan với mức hormone tuyến giáp.
- Yếu tố nguy cơ:
 - Gen
 - Các yếu tố miễn dịch
 - Môi trường: hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ với sự tiến triển và độ nặng của bệnh. Stress và iod phóng xạ cũng có thể làm tăng nặng bệnh nhãn giáp.

4. Chẩn đoán phân biệt

- U giả viêm hốc mắt, u giả viêm thể cơ
- U hốc mắt
- Viêm cơ trực
- Dò động mạch cảnh – xoang hang
- Bệnh lý liên quan IgG4

5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp: FT3, FT4, TSH, TRAb
- Siêu âm B: giúp quan sát cấu trúc hốc mắt, đánh giá sự phì đại cơ trực
- CT Scan / MRI sọ não hốc mắt không tiêm thuốc cản quang.

6. Chỉ định nhập viện

6.1. Điều trị chủ yếu theo dõi ngoại trú.

6.2. Chỉ định điều trị nội trú

- Bệnh nhãn giáp thể viêm hoạt tính mức độ trung bình - nặng
- Bệnh nhãn giáp đe dọa thị lực (chèn ép thị thần kinh và/hoặc tổn thương giác mạc)

7. Điều trị

7.1. Nội khoa

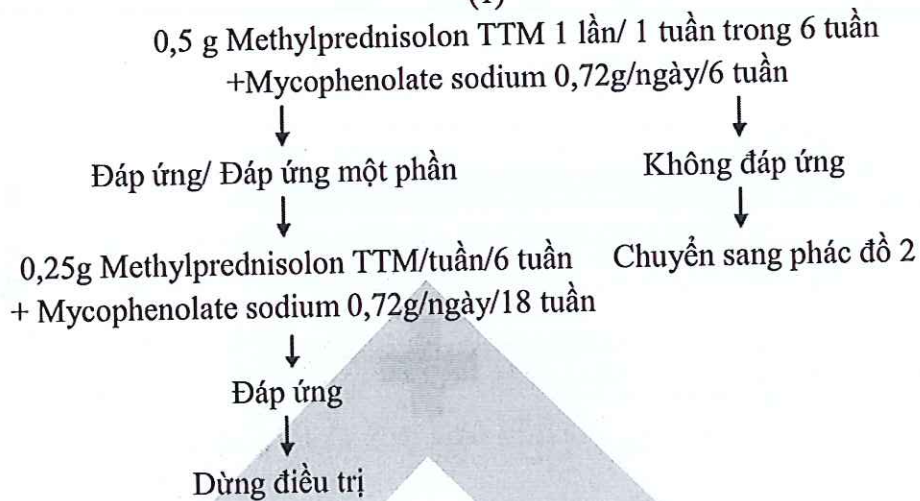
- Thuốc nhỏ mắt tại chỗ
 - Nước mắt nhân tạo các loại, bao gồm thuốc nhỏ và thuốc mỡ, liều dùng 6 lần/ ngày, mỗi lần 1 giọt và 1-2 lần thuốc mỡ tra lúc ngủ.
 - Thuốc nhỏ kháng sinh nếu có viêm loét giác mạc do hờ mi: nhóm quinolone như Ofloxacin 0,3% nhỏ 6 lần/ngày, Levofloxacin 0,5% nhỏ 6 lần/ ngày, Moxifloxacin 0,5% nhỏ 6 lần/ngày, mỗi lần 1 giọt.

– Corticosteroid liều cao truyền tĩnh mạch

- Trường hợp nhãn giáp mức độ nhẹ: Không áp dụng corticoid đường tĩnh mạch, chỉ điều trị triệu chứng bề mặt nhãn cầu, kiểm soát bệnh lý tuyến giáp và các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, thiếu hụt selenium.
- Trường hợp bệnh nhãn giáp hoạt tính trung bình - nặng

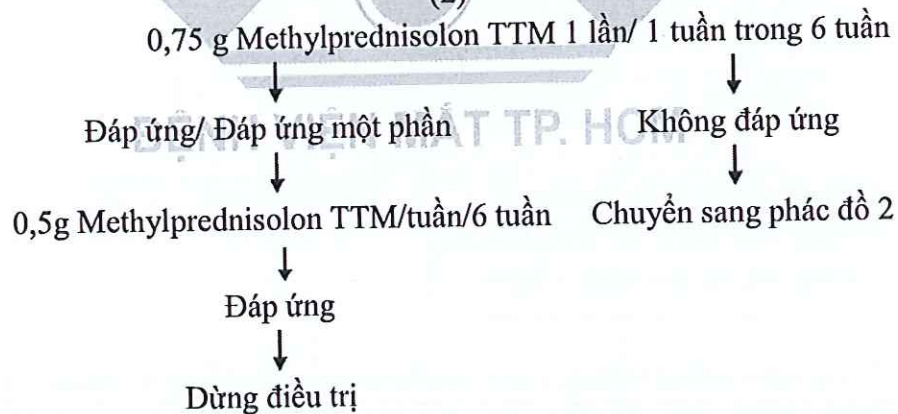
PHÁC ĐỒ 1

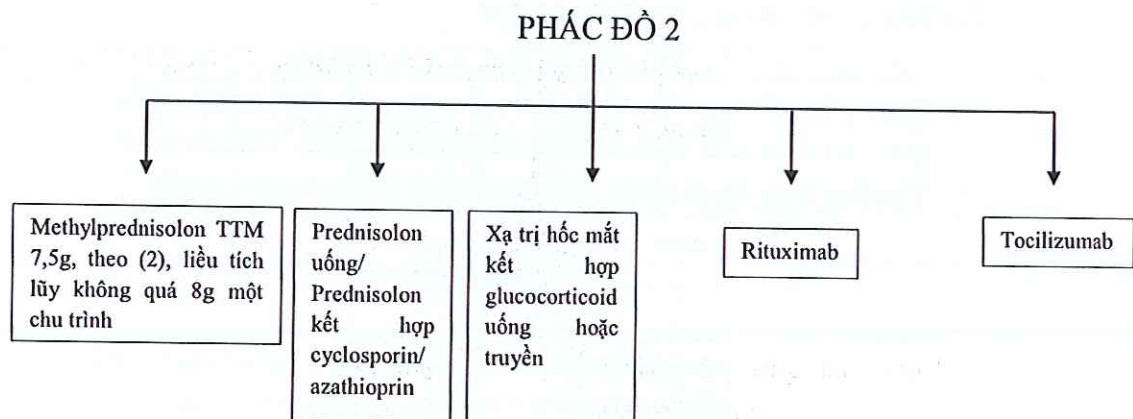
(1)



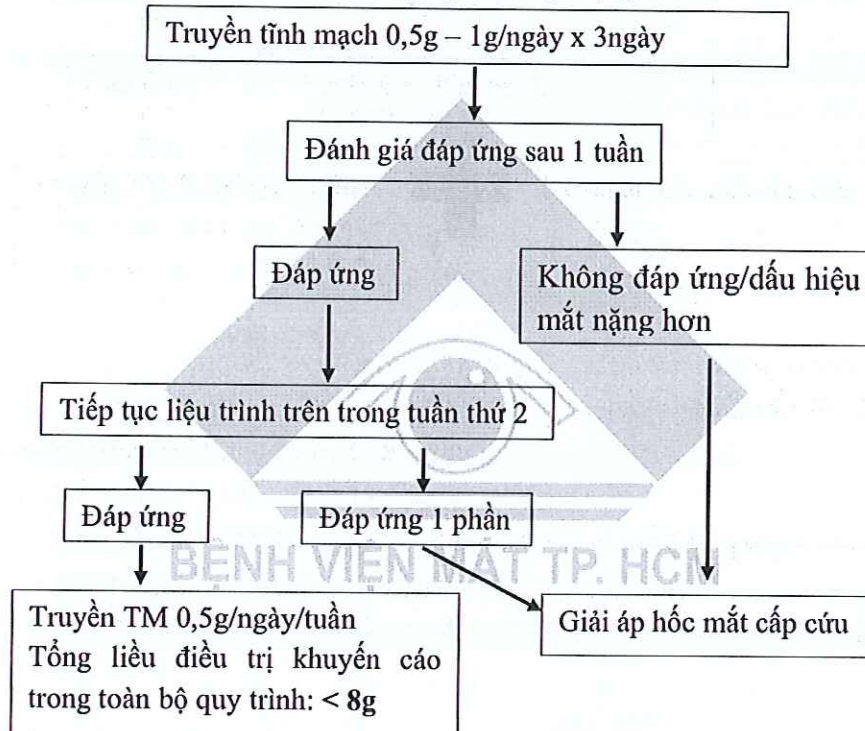
PHÁC ĐỒ 1

(2)





• Trường hợp bệnh nhãn giáp đe dọa thị lực



- Phòng ngừa loãng xương: Calci 1000mg/ngày, có thể kèm vitamin D3
- Phòng ngừa loét dạ dày: Ức chế bơm proton (Omeprazole 20mg hoặc Esomeprazole 20mg uống 1 lần/ngày)

7.2. Chỉ định xạ trị: bệnh viện Ung Bướu

- Xạ trị tại chỗ thường được dùng phối hợp với steroid liều cao trong các trường hợp viêm hoạt tính có song thị hoặc giới hạn vận nhãn.
- Liều xạ trị: tổng liều 20 Gy, được chia thành 10 liều trong 2 tuần hoặc 1Gy/tuần trong 20 tuần

- Thận trọng:
 - Một số giả thuyết về khả năng sinh ung thư trên bệnh nhân trẻ dưới 35 tuổi khi xạ trị
 - Khả năng tổn thương mạch máu nhỏ võng mạc do tia xạ, võng mạc tăng huyết áp

7.3. Teprotumumab

- Gắn với IGF-1r, gây tắc nghẽn dòng tín hiệu viêm, giúp giảm triệu chứng và dấu hiệu của bệnh. Tepezza là thuốc duy nhất và đầu tiên được FDA công nhận trong điều trị bệnh nhãn giáp.

7.4. Phẫu thuật

7.4.1. Khâu cò mi tạm thời

- Chỉ định khi viêm loét giác mạc do hờ mi không đáp ứng điều trị nội khoa và bệnh nhân chưa đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật giải áp hốc mắt

7.4.2. Phẫu thuật giải áp hốc mắt đường ngoài tại bệnh viện Mắt hoặc nội soi khi phù hợp với bệnh viện Tai Mũi Họng

- Chỉ định:
 - Bệnh nhãn giáp chèn ép TKT không đáp ứng điều trị nội khoa
 - Viêm giác mạc do lồi mắt hờ mi nặng không giảm khi điều trị nội
 - Cải thiện tình trạng lồi mắt trong giai đoạn bệnh ổn định, không hoạt tính

7.4.3. Các phẫu thuật can thiệp khác

- Được thực hiện khi bệnh ở giai đoạn ổn định, không hoạt tính. Thứ tự phẫu thuật can thiệp như sau : phẫu thuật giải áp hốc mắt $\Rightarrow$ phẫu thuật lé $\Rightarrow$ phẫu thuật mi.

8. Theo dõi

- Các biến chứng do sử dụng corticoid kéo dài: xét nghiệm chức năng gan mỗi 3 tháng, định lượng nồng độ cortisol, khám nội tiết.
- Khi sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, cần kiểm tra tình trạng nhiễm trùng xuất hiện sau khi dùng thuốc: công thức máu ngoại vi, Vs, CRP...
- Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời giảm thị lực do chèn ép thị thần kinh, viêm loét giác mạc do hờ mi nặng
- Bệnh nhân với triệu chứng nhẹ hoặc không triệu chứng và lồi mắt từ nhẹ đến trung bình sẽ được thăm khám mỗi 3 đến 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Mắt TP.HCM (2018). “Phác đồ điều trị Nhãn khoa lâm sàng”
2. Bộ Y tế (2015). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”
3. The Wills Eye Manual 7th edition (2017), p277 – 282. Vikram D.Durairaj, MD. Thyroid eye diseases

4. Bartalena, L., Kahaly, G. J., Baldeschi, L., Dayan, C. M., Eckstein, A., Marcocci, C., ... & EUGOGO. (2021). The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *European journal of endocrinology*, 185(4), G43-G67.
5. Shah SS, Patel BC. Thyroid Eye Disease. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.

