

## 6.19. VIÊM THẦN KINH THỊ

### 1. Triệu chứng lâm sàng

#### 1.1. Cơ năng

- Viêm thần kinh thị thường gặp ở bệnh nhân trẻ, nữ giới, giảm thị lực dần đi kèm đau khi liếc mắt
- Khai thác bệnh sử có thể ghi nhận các dấu hiệu và triệu chứng gợi ý viêm thần kinh thị như:
  - + Các triệu chứng giống với hội chứng nhiễm siêu vi trước đó
  - + Giảm thị lực 1 mắt, hoặc hiếm hơn là cả 2 mắt
  - + Rối loạn sắc giác
  - + Đau nhức hốc mắt đi kèm với giảm thị lực, thường tăng thêm khi liếc và có thể khởi phát trước khi thị lực giảm
  - + Hiện tượng Pulfrich: nhìn vật thể di chuyển theo đường thẳng thành đường cong, dấu Uhtoff: giảm thị lực khi gắng sức hoặc khi tăng thân nhiệt

#### 1.2. Thực thể

- Đồng tử ở mắt bệnh có giảm phản xạ ánh sáng: giảm phản xạ đồng tử hướng tâm (RAPD) hoặc đồng tử Marcus Gunn. Trường hợp 2 mắt bị ảnh hưởng sẽ không ghi nhận có RAPD dương tính
- Giảm thị lực nhiều mức độ: từ nhẹ đến mất thị lực hoàn toàn.
- Rối loạn sắc giác ghi nhận trong hầu hết bệnh cảnh viêm thị thần kinh người lớn, ngay cả khi thị lực chưa giảm rõ rệt
- Khuyết thị trường: cao độ, vòng cung, bậc mũi, ám điểm trung tâm và ám điểm cạnh trung tâm
- Ban đầu, đầu thị thần kinh thường không thay đổi, đĩa thị sẽ nhạt dần các tháng sau đó
- Phù đĩa thị ghi nhận trong khoảng 1/3 trường hợp viêm thần kinh thị

### 2. Nguyên nhân

- Vô căn
- Bệnh xơ cứng rải rác (MS), viêm tuỷ thị thần kinh (NMO)
- Nhiễm trùng thời niên thiếu hoặc do tiêm vắc-xin: sởi, quai bị, thủy đậu...
- Nhiễm siêu vi: EBV, HZV, viêm não...
- Từ cấu trúc viêm nhiễm lân cận: màng não, hốc mắt, xoang

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu thần kinh thị: giảm thị lực đột ngột (65%), không đau khi liếc (90%). Trong bệnh cảnh NAION, thị thần kinh thường phù sung huyết, sau đó nhạt màu, và ở bệnh cảnh GCA gai thị phù lan toả, trắng nhạt như màu phấn. Tuổi

bệnh nhân thường cao ( 40 đến 60 tuổi đối với NAION và  $\geq 55$  tuổi đối với AION)

- Phù gai cấp trong tăng áp lực nội sọ: phù gai hai bên, không đau khi liếc, không cell pha lê thể.
- Tăng huyết áp ác tính: Phù gai hai bên, tăng huyết áp, xuất huyết võng mạc hình ngọn lửa, xuất tiết võng mạc dạng bông
- U hốc mắt chèn ép thần kinh thị: một mắt, thường đi kèm lồi mắt, hạn chế vận nhãn
- Sang thương nội sọ chèn ép đường dẫn truyền thị giác hướng tâm: gai thị bình thường hoặc nhạt màu, RAPD dương tính, giảm sắc giác, tổn thương ghi nhận trên CTScan hoặc MRI não
- Bệnh lý thần kinh thị di truyền Leber: thường gặp ở nam giới độ tuổi 20 – 30, có tiền sử gia đình mắc bệnh tương tự, giảm thị lực đột ngột ở 1 mắt và xảy ra ở mắt còn lại trong vài ngày hoặc vài tháng sau đó. Khám giai đoạn đầu có thể ghi nhận tình trạng giãn mạch máu quanh gai, teo gai ở giai đoạn sau
- Bệnh lý thần kinh thị do ngộ độc hoặc do chuyển hóa: giảm thị lực hai mắt tiến triển không đau thứ phát sau ngộ độc rượu, thiếu dinh dưỡng, các chất độc khác (ethambutol, chloroquine, isoniazid, chlorpropamide, kim loại nặng)

#### 4. Cận lâm sàng

- Chụp MRI sọ não – hốc mắt có tiêm thuốc cản quang và ức chế mỡ: tìm dấu hiệu tăng kích thước và cản quang của thần kinh thị viêm. Dấu hiệu thoái hóa chất trắng quanh não thất hoặc tủy sống gặp trong bệnh MS.
- Đo thị trường
- Đo sắc giác
- Đo huyết áp
- Xét nghiệm máu (công thức máu, VS, đường huyết, VDRL, chức năng gan, chức năng thận, HbsAg, AntiHCV, Anti HIV)
- X quang phổi
- Khám nội khoa
- Bilan mỡ máu (trường hợp chẩn đoán phân biệt NAION)
- Xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin4 (AQP4-IgG) (trường hợp nghi ngờ NMO)

#### 5. Chỉ định nhập viện

5.1. *Chỉ định điều trị ngoại trú:* Trong thời gian giảm liều corticoid

5.2. *Chỉ định điều trị nội trú:* Truyền corticoid liều tấn công

#### 6. Điều trị

- MRI có ít nhất 1 vùng đặc hiệu hủy myelin:
  - Methylprednisolone tiêm mạch chậm 1g/ ngày trong 3 ngày đầu



- Prednisone uống 1mg/kg/ngày trong 11 ngày tiếp theo
- Giảm liều Prednisone uống trong 4 ngày: 20mg ở ngày đầu, 10mg ở các ngày sau.
  - Chống viêm loét dạ dày: Omeprazole 20 mg, uống 1 viên/lần x2 lần/ ngày.
- ◇ Lưu ý: Steroids chỉ làm tăng tốc độ phục hồi thị lực chứ không cải thiện kết quả thị lực sau cùng.
- MRI có từ 2 vùng đặc hiệu huỷ myelin trở lên:
  - Điều trị phác đồ steroid như trên
  - Phối hợp với chuyên khoa nội thần kinh (Điều trị kết hợp interferon-beta, glatiramer acetate, fingolimod, dimethyl fumarate, hoặc teriflunomide)
- MRI không có vùng huỷ myelin, nguy cơ MS thấp:
  - Có thể cân nhắc điều trị phác đồ steroid như trên để đẩy nhanh tốc độ phục hồi thị lực trong trường hợp bệnh nhân yêu cầu được điều trị sau khi đã hiểu rõ mục đích của điều trị, các biến chứng có thể gặp, hoặc trường hợp mắt còn lại cũng có vấn đề về thị lực. Chụp lại MRI mỗi 3 – 6 tháng.

#### 7. Theo dõi

- Tái khám từ 4 đến 6 tuần sau điều trị, sau đó theo dõi mỗi 3 đến 6 tháng
- Đối với trường hợp nghi ngờ MS hoặc có dấu hiệu huỷ myelin hệ thống thần kinh trung ương trên MRI, cần chuyển khám chuyên khoa Nội thần kinh tầm soát và điều trị

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nika Baghri MD, Brynn Wajda MD. Office and Emergency room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. The Wills Eye Manual, 7th Edition, p457 – 460.
2. Stunkel, Leanne, and Gregory P. Van Stavern. "Steroid treatment of optic neuropathies." *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology* 7.4 (2018): 218-228.