

1. KHOA GIÁC MẠC

1.1. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP

1. Đại cương

Viêm kết mạc dị ứng cấp là một phản ứng viêm cấp tính của kết mạc đối với dị nguyên trong môi trường.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1 Cơ năng

- Đỏ, ngứa, chảy nước mắt
- Thường có hắt hơi và chảy nước mũi đi kèm

2.2 Thực thể

- Thị lực thường không ảnh hưởng
- Mi mắt: phù mi
- Kết mạc: cương tụ, phù, phản ứng nhú nhẹ.

3. Phân độ/phân loại bệnh lý

Viêm kết mạc dị ứng cấp được chia làm 2 nhóm:

- Viêm kết mạc dị ứng cấp theo mùa (Seasonal allergic conjunctivitis – SAC): SAC là dạng thường gặp nhất trong bệnh lý dị ứng tại mắt. Bệnh khởi phát nhanh hơn viêm kết mạc dị ứng quanh năm, đặc biệt sau khi tiếp xúc với yếu tố dị nguyên trong môi trường như bụi cây, cỏ,... Bệnh thường biểu hiện vào mùa xuân và mùa hè.
- Viêm kết mạc dị ứng cấp quanh năm (Perennial allergic conjunctivitis – PAC): PAC là dạng thường gặp thứ hai, biểu hiện nhẹ hơn dạng dị ứng theo mùa. Triệu chứng xảy ra quanh năm, thường nặng hơn vào mùa xuân khi tiếp xúc với mạt bụi nhà, lông động vật,...

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán dựa trên lâm sàng: bệnh sử, tiền căn, triệu chứng cơ năng, thực thể và thăm khám lâm sàng

5. Nguyên nhân

Do tiếp xúc với dị nguyên gây ra phản ứng quá mẫn, qua trung gian IgE, type I. IgE gắn trên màng dưỡng bào, làm giải phóng các chất trung gian gây dị ứng và viêm như cytokines và histamin,...

6. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc do các nguyên nhân khác: vi khuẩn, virus,...
- Viêm kết mạc nhiễm độc
- Viêm bờ mi

- Dùng kính tiếp xúc

7. Cận lâm sàng

Có thể làm xét nghiệm tìm dị nguyên.

8. Chỉ định nhập viện

Chỉ định điều trị ngoại trú: Hầu hết các trường hợp

9. Điều trị

9.1 Nội khoa

9.1.1. Không đặc hiệu

- Phòng ngừa và tránh tiếp xúc với dị nguyên
- Không dụi mắt: dụi mắt là tác động cơ học làm vỡ dưỡng bào, làm triệu chứng nặng hơn
- Chườm lạnh: 3-5 lần/ngày, giúp co mạch, giảm phù nề và cương tụ.

9.1.2. Đặc hiệu

- Nước mắt nhân tạo (Natri hyaluronate 0,1%, 0,18%, 0,3%; Carboxymethylcellulose sodium 0,5%; Polyethylene glycol 0,4%;... nhỏ 4-6 lần/ngày): bôi trơn bề mặt nhãn cầu, rửa trôi dị nguyên và pha loãng nồng độ các chất viêm. Nước mắt nhân tạo được bảo quản lạnh làm tăng hiệu quả sử dụng.
- Ổn định dưỡng bào và kháng histamin kết hợp (Olopatadine 0,2% nhỏ 1 lần/ngày, Ketotifen 0,5 mg/ml nhỏ 2-3 lần/ngày, Epinastine 0,5 mg/ml (dùng cho trẻ từ 3 tuổi) nhỏ 2 lần/ngày...): hiệu quả, an toàn, kiểm soát triệu chứng tốt trong các đợt cấp do tác dụng kháng histamin khởi phát sau 30 phút.
- Ổn định dưỡng bào (Pemirolast 0,1%): giúp ngăn ngừa quá trình thoái hoá của những dưỡng bào nhạy cảm, giảm tiết các chất trung gian gây viêm. Vì thuốc không tác động lên những chất trung gian gây viêm đã giải phóng, nên thuốc cần được sử dụng 10-14 ngày trước khi khởi phát hoặc dùng để phòng ngừa.
- Kháng histamin: sử dụng đường uống trong SAC nếu bệnh nhân có triệu chứng ở mũi, họng đi kèm.
 - + Thế hệ 1 (Chlorpheniramin 4mg, Diphenhydramin 25-50mg,...): thường gây tác dụng phụ đường toàn thân (hệ thần kinh, tiêu hoá và tim mạch)
 - + Thế hệ 2 (Loratadine 10mg, Cetirizin 10mg, Rupatadine 10mg...): khắc phục nhược điểm thế hệ 1 nhưng không an toàn và hiệu quả khi sử dụng nhỏ hoặc bôi tại chỗ vì gây khô niêm mạc làm bệnh trầm trọng hơn, giảm hiệu quả của việc rửa trôi chất gây dị ứng của nước mắt. Thời gian bán huỷ dài hơn thế hệ 1
 - + Thế hệ 3 (Levocetirizin 5mg, Desloratadin 2,5mg,...): là những thuốc đồng dạng hoặc chuyển hoá của thế hệ thứ 2.
- Thuốc kháng viêm: điều trị chuyên biệt
 - + Non-steroids (NSAIDS: Ketorolac 0,5%, Nevanac 0,1%, Diclofenac 0,1%, Indomethacin 0,1%,...): ngăn chặn sự hình thành prostaglandin nên có vai trò

giảm tiết nhầy, thâm nhiễm tế bào, phù và ngứa. Chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng với thuốc kháng histamin và ổn định dưỡng bào. Tuy nhiên, việc sử dụng lâu dài có nguy cơ nhuyễn hoặc thủng giác mạc.

- + Corticosteroid: khởi phát tác dụng sau 6-8 tiếng, ngăn chặn sự kích hoạt và sản xuất các chất trung gian gây viêm, phá vỡ cấu trúc histamin, ngăn ngừa sự giải phóng histamin từ dưỡng bào; ức chế hoạt động tế bào T và giảm tính thấm thành mạch. Thận trọng khi sử dụng vì nguy cơ tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, chậm lành biểu mô và nguy cơ nhiễm trùng. Do đó:
 - Loteprednol etabonate 0,5%, Fluormetholone 0,1%: ưu tiên sử dụng, vì nguy cơ tăng nhãn áp rất thấp.
 - Prednisolone acetat 1%: dùng trong thời gian ngắn (2-3 tuần), chỉ định khi không đáp ứng với những điều trị khác.

– Điều hoà miễn dịch cyclosporine: thường không cần trong SAC và PAC

9.2. Ngoại khoa

SAC và PAC thường không cần can thiệp ngoại khoa.

10. Theo dõi

- Tư vấn và giáo dục sức khoẻ cho người bệnh
- Tái khám 1-2 tuần.
- Thuốc nhỏ mắt steroid nên được giảm liều từ từ khi triệu chứng cải thiện và theo dõi tác dụng phụ
- 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.

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.
2. Bielory, L., Delgado, L., Katelaris, C. H., Leonardi, A., Rosario, N., & Vichyanoud, P. (2020). ICON: Diagnosis and management of allergic conjunctivitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 124(2), 118-134.
3. Bilkhu, P. S., Wolffsohn, J. S., & Naroo, S. A. (2012). A review of non-pharmacological and pharmacological management of seasonal and perennial allergic conjunctivitis. *Contact Lens and Anterior Eye*, 35(1), 9-16.
4. Salmon, John F. Kanski's Clinical Ophthalmology E-Book: A Systematic Approach. Elsevier Health Sciences, 2019.
5. Fauquert JL. Diagnosing and managing allergic conjunctivitis in childhood: The allergist's perspective. *Pediatr Allergy Immunol*. 2019 Jun;30(4):405-414.