1.2. VIÊM KẾT MẠC MÙA XUÂN

1. Đại cương

Viêm kết mạc mùa xuân (VKC) là một bệnh lý dị ứng kết mạc, thường bị ở hai mắt, và hay tái phát. Viêm kết mạc mùa xuân thường gặp ở nam, từ 3-12 tuổi. 95% bệnh sẽ thoái triển ở độ tuổi thanh thiếu niên, phần còn lại diễn tiến thành viêm kết mạc dị ứng cơ địa (AKC).

Viêm kết mạc dị ứng cơ địa (AKC) là một bệnh lý viêm kết mạc và mi mắt mạn tính ở hai mắt, thường liên quan đến viêm da dị ứng.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Cơ năng

- Đỏ mắt, ngứa mắt, chảy nước mắt, xuất tiết nhầy
- Chói sáng, cộm xốn, nóng rát mắt
- Nháy mắt nhiều

2.2. Thực thể

- Kết mạc: phản ứng nhú gồm nhiều dạng khác nhau (nhú phì đại, dạng lát đá, khổng lồ, …) ở kết mạc sụn mi trên, có thể bắt màu nhuộm fluorescein, lắng đọng chất tiết nhầy giữa các khe nhú.
- Giác mạc:
  + Rìa: dấu hiệu chấm Horner-Trantas quanh rìa
  + Do tác động của chất trung gian gây độc và tác động cơ học gây ra tổn thương biểu mô dạng chấm, tróc biểu mô rộng hoặc loét hình khiên.
  + Sẹo dưới biểu mô: màu xám, hình oval, ảnh hưởng thị lực.
  + Giả cung thoái hoá tuổi già (Pseudogerontoxon): thường gặp ở những bệnh lý rìa tái phát.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM

3. Phân độ bệnh lý

3.1. Có 3 thể lâm sàng:

+ Thể mi mắt: chủ yếu liên quan đến sụn mi trên, có thể có tổn thương giác mạc do sự dính chặt của chất viêm ở kết mạc với biểu mô giác mạc
+ Thể rìa: thường gặp ở người châu Á và da đen.
+ Thể hỗn hợp: biểu hiện gồm cả thể mi mắt và thể rìa.

3.2. Mức độ bệnh:

	Nhẹ	Trung bình Từng đợt	Trung bình Dai dẳng	Nặng	Rất nặng
Triệu chứng cơ năng	☐	☐	☐	☐	☐
Nhú	☐	☐	☐	☐	☐
Chấm Horner-Trantas		☐	☐	☐	☐

	Nhẹ	Trung bình Từng đợt	Trung bình Dai dẳng	Nặng	Rất nặng
5 chấm tổn thương biểu mô dạng chấm cực trên		☐	☐	☐	☐
Viêm rìa < 6 cung giờ		☐	☐	☐	☐
Nhú dạng lát đá			☐	☐	☐
Viêm rìa > 6 cung giờ				☐	☐
Viêm giác mạc chấm nông trơ				☐	☐
U hạt kết mạc				☐	☐
Màng mạch do suy tế bào gốc				☐	☐
Tróc biểu mô rộng				☐	☐
Loét hình khiên					☐
Suy tế bào gốc vùng rìa với kết mạc hoá giác mạc hoặc sẹo sụn mi					☐

Nguồn: Gokhale NS, Systematic approach to managing vernal keratoconjunctivitis in clinical practice: Severity grading system and a treatment algorithm, 2016.

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

– Chủ yếu qua 2 con đường:

+ Phản ứng miễn dịch qua trung gian IgE, type I và IV: đóng vai trò chính, dị nguyên gây ra chuỗi phản ứng trên IgE gắn trên màng tế bào, gây thoái hoá dưỡng bào, giải phóng các chất trung gian gây dị ứng và viêm như cytokines và histamin,…

+ Trung gian tế bào: khi kháng nguyên bị bắt giữ trình diện cho tế bào lympho T để khởi động đáp ứng miễn dịch, số lượng tế bào Th2 tăng lên và tăng các chất gây viêm như interleukin 4, 5, 13,…

– Ngoài ra còn có sự góp phần của các yếu tố: di truyền và nội tiết

6. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm kết mạc do các nguyên nhân khác: vi khuẩn, virus,…
– Viêm kết mạc nhiễm độc
– Viêm bờ mi
– Dị ứng kính tiếp xúc

7. Cận lâm sàng

Bản đồ giác mạc có thể cần thiết trong chẩn đoán bệnh lý giác mạc chóp

8. Chỉ định nhập viện: *Chỉ định điều trị ngoại trú:* Hầu hết các trường hợp

9. Điều trị

9.1 Không đặc hiệu

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

9.2 Nội khoa

Quyết định điều trị dựa trên 2 yếu tố: chu kỳ bệnh và mức độ bệnh

- Nhẹ: điều trị gồm ALHM (xem thêm phác đồ điều trị viêm kết mạc dị ứng cấp)
  - + Tránh yếu tố dị ứng - Allergen avoidence
  - + Bôi trơn bề mặt - Lubricant
  - + Kháng histamin - antiHistamin
  - + Ổn định dưỡng bào - Mast cells stabilizers
- Trung bình: ALHM và kết hợp với
  - + Bệnh từng đợt: (khoảng cách giữa các lần viêm sau khi dừng corticoid > 2-3 tháng): steroids nhẹ như Loteprednol etabonate 0,5%
  - + Bệnh dai dẳng: (khoảng cách giữa các lần viêm sau khi dừng corticoid < 1 tháng): Cyclosporin 0,05% dùng thời gian dài, có thể bổ sung steroids ngắt quãng (thường 1 lần hoặc cách ngày)
- Nặng: ALHM và steroids, sau đó duy trì với Cyclosporin 0,05% hoặc Tacrolimus 0,03%
- Rất nặng (nguy cơ mù loà): ALHM và steroids, sau đó duy trì với steroids liều thấp và Cyclosporin 0,05% và/hoặc Tacrolimus 0,03%
- Thuốc ức chế miễn dịch toàn thân trong trường hợp bệnh nhân kháng trị, theo thứ tự: Steroids, Cyclosporin, Omalizumab.

9.3 Ngoại khoa

- Tiêm steroids (Dexamethasone 2mg, Hydrocortisone 50mg hoặc Triamcinolone 20mg dưới sụn có hiệu quả tương đương): khi bệnh nhân VKC mức độ nặng và kháng với liệu pháp điều trị đặc hiệu: nhỏ Steroid, kháng sinh, kháng dị ứng/ổn định dưỡng bào trong ít nhất 1 tuần. Hiệu quả giảm triệu chứng 100% bệnh nhân, nhưng chỉ ngăn ngừa tái phát 87,5%.
- Đặt kính tiếp xúc: hỗ trợ lành biểu mô trong trường hợp khuyết biểu mô giác mạc kéo dài.
- Cạo ổ loét hình khiên: nhằm loại bỏ các chất viêm ở đáy ổ loét, thúc đẩy quá trình biểu mô hoá giác mạc.
- Cắt bỏ nhú và ghép niêm mạc: Bệnh nhân có nhú lớn, không đáp ứng với điều trị nội khoa cũng như tiêm thuốc dưới sụn, đã được cạo ổ loét hình khiên có hoặc

không phủ màng ối nhiều lần vì loét hình khiên tái phát.

- Ghép tế bào gốc vùng rìa: trong trường hợp VKC đã yên có suy tế bào gốc vùng rìa (xem phác đồ điều trị suy tế bào gốc vùng rìa)

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. Gokhale NS. Systematic approach to managing vernal keratoconjunctivitis in clinical practice: Severity grading system and a treatment algorithm. Indian J Ophthalmol. 2016 Feb;64(2):145-8
3. Salmon, John F. Kanski's Clinical Ophthalmology E-Book: A Systematic Approach. Elsevier Health Sciences, 2019.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM