

## 4.14. HỘI CHỨNG NỘI MÔ MỎNG MẮT GIÁC MẠC

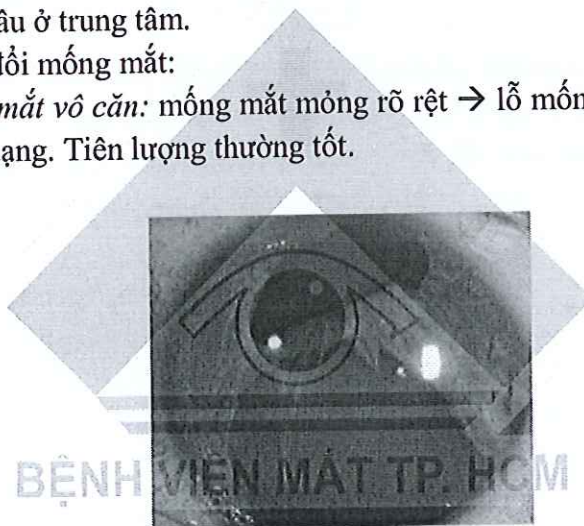
### 1. Triệu chứng lâm sàng

#### 1.1. Cơ năng

- Thường xảy ra ở 1 mắt, thường gặp ở nữ, khoảng 20 – 50 tuổi.
- Giai đoạn sớm: không có triệu chứng
- Giai đoạn muộn:
  - + Nhìn mờ, song thị 1 mắt.
  - + Đau nhức nếu có tăng nhãn áp.

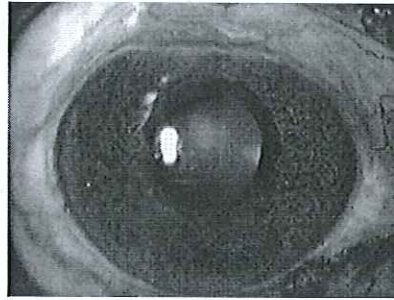
#### 1.2. Thực thể

- Biến đổi nội mô giác mạc (như bề mặt miếng đồng bị đập dẹp)
- Phù biểu mô giác mạc
- Góc tiền phòng: dính mỏng mắt cao, khu trú, không đều, ra trước đường Schwalbe.
- Tiền phòng sâu ở trung tâm.
- Những biến đổi mỏng mắt:
  - + *Teo mỏng mắt vô căn*: mỏng mắt mỏng rõ rệt → lỗ mỏng mắt với đồng tử lệch biến dạng. Tiên lượng thường tốt.



Hình: Teo mỏng mắt vô căn

- + *Hội chứng Chandler* (chiếm 50% HC nội mô giác mạc – mỏng mắt): mỏng mắt mỏng và đồng tử lệch ít hơn. Biến đổi giác mạc và góc tiền phòng rõ nhất ở biến thể này với nhiều mức độ khác nhau. Giác mạc phù ngay cả khi nhãn áp bình thường. Tiên lượng thay đổi tùy mức độ.
- + *Bớt mỏng mắt / HC Cogan-Reese*: những nốt sắc tố (không phải bớt thực sự) trên mỏng mắt, teo mỏng mắt với nhiều mức độ. Biến đổi tương tự HC Chandler và teo mỏng mắt vô căn, do co rút màng trên mỏng mắt, gây co quanh các đảo nhỏ của mô mỏng mắt. Tiên lượng thường nặng.



Hình: HC Cogan-Reese

- Triệu chứng khác:
- Phù giác mạc, nhãn áp cao, lõm gai hoặc tổn hại thị trường.
- Glaucoma thường chỉ ở 1 mắt, có thể thấy biến đổi nhẹ giác mạc ở mắt còn lại.

**2. Phân loại:** gồm các biểu hiện lâm sàng khác nhau:

- *Teo mỏng mắt vô căn:* mỏng mắt mỏng rõ rệt → lỗ mỏng mắt với đồng tử lệch biến dạng. Tiên lượng thường tốt.
- *Hội chứng Chandler* (chiếm 50% HC nội mô giác mạc – mỏng mắt): mỏng mắt mỏng và đồng tử lệch ít hơn. Biến đổi giác mạc và góc tiền phòng rõ nhất ở biến thể này với nhiều mức độ khác nhau. Giác mạc phù ngay cả khi nhãn áp bình thường. Tiên lượng thay đổi tùy mức độ.
- *Bớt mỏng mắt / HC Cogan-Reese:* những nốt sắc tố (không phải bớt thực sự) trên mỏng mắt, teo mỏng mắt với nhiều mức độ. Biến đổi tương tự HC Chandler và teo mỏng mắt vô căn, do co rút màng trên mỏng mắt, gây co quanh các đảo nhỏ của mô mỏng mắt. Tiên lượng thường xấu.

**3. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

Dựa vào các yếu tố:

- Nhãn áp cao.
- Biến đổi tại giác mạc: biến đổi nội mô giác mạc, phù giác mạc
- Góc tiền phòng: dính mỏng mắt cao, khu trú, không đều, ra trước đường Schwalbe.
- Tiền phòng sâu ở trung tâm.
- Những biến đổi mỏng mắt: teo mỏng mắt vô căn, hội chứng Chandler, hội chứng Cogan-Reese
- Tổn thương gai thị dạng glaucoma.
- Tổn thương thị trường dạng glaucoma.

**4. Nguyên nhân:** Chưa được biết rõ

- Các yếu tố nguy cơ: một số bác sĩ nhãn khoa cho rằng virus như Herpes Simplex có thể kích hoạt bệnh, gây tình trạng phù giác mạc

## 5. Chẩn đoán phân biệt

- HC Axenfeld-Rieger: ở 2 mắt, đường Schwalbe dày lên và lệch về phía trước (embryotoxon sau), các dải mỏng mắt chu vi kéo dài đến đường Schwalbe (không ra trước), mỏng mắt mỏng với các lỗ teo.
- Loạn dưỡng giác mạc sau đa hình: ở 2 mắt, những bọt nước hoặc tổn thương dạng dải ở nội mô, đôi khi kèm theo dính mỏng mắt – giác mạc, phù giác mạc, glaucoma. Không dính mỏng chu biên.
- Loạn dưỡng nội mô Fuchs: phù giác mạc, guttata nội mô ở 2 mắt. Mỏng mắt và góc tiền phòng bình thường.
- Viêm màng bồ đào cũ với tủa sắc tố sau giác mạc và dính mỏng.
- Tách lớp mỏng mắt: thường 2 mắt, mỏng mắt tách thành lớp trước và sau.

## 6. Cận lâm sàng

- Đánh giá glaucoma: Thị trường, OCT, HRT
- Đánh giá các bất thường đặc trưng ở các tế bào nội mô giác mạc: specular microscopy

## 7. Chỉ định điều trị

7.1. *Chỉ định điều trị ngoại trú:* khi bệnh điều trị nội khoa.

7.2. *Chỉ định điều trị nội trú:* khi có chỉ định phẫu thuật hoặc cần theo dõi nhãn áp 24 giờ.

Lưu ý: Không cần điều trị nếu không tiến triển glaucoma hoặc phù giác mạc

## 8. Điều trị

### 8.1. Nội khoa

- Hạ nhãn áp nhanh để giảm phù giác mạc.
- Nhãn áp mục tiêu thấp hơn ở bệnh nhân cao tuổi.
- Thuốc nhỏ hạ nhãn áp: chẹn beta như timolol 0,5% 1 giọt x 2 lần/ngày, đồng vận alpha-2 như brimonidine tartrate 0,15% - 0,2% 1 giọt x 2 – 3 lần/ngày, ức chế men carbonic anhydrase như brinzolamide 1% 1 giọt x 2 – 4 lần/ngày nếu không có chống chỉ định. Hoặc các loại thuốc hạ nhãn áp kết hợp.
- Thuốc ức chế men chuyển CAIs đường uống (Acetazolamide 250mg uống 4v/ngày, chia 2-4 lần/ ngày) kết hợp với thuốc cân bằng điện giải (Kali chloride).
- Thuốc tăng thẩm thấu (vd Mannitol 20% 1-2g/kg TTM C giọt/phút, lưu ý theo dõi sinh hiệu) nếu nhãn áp cao gây đau nhức nhiều.
- Giảm phù giác mạc: nhỏ nước muối ưu trương, mỡ tra mắt khi ngủ, kính tiếp xúc mềm...
- Thuốc giảm đau khi nhãn áp tăng cao gây đau nhức.

### 8.2. Laser

- Không có chỉ định
- Tạo hình vùng bề và laser mỏng mắt chu biên không hiệu quả.

### 8.3. Phẫu thuật

8.3.1. Istent không được chỉ định do bất thường ở góc.

8.3.2. Cắt bẻ củng mạc: kèm sử dụng các chất chống chuyển hóa (mitomycin-C, 5-fluorouracil)

- Chỉ định:
  - + Khi không đạt được nhãn áp đích dù điều trị nội tối đa.
  - + Không dung nạp thuốc, bị tác dụng phụ của thuốc, dị ứng thuốc.
  - + Tỷ lệ thất bại cao
- Chống chỉ định tương đối:
  - + Thị lực sáng tối âm
  - + Tổn thương kết mạc (do chấn thương cũ, phẫu thuật cũ)
  - + Củng mạc mỏng, bất thường (do phẫu thuật, viêm củng mạc hoại tử, cận thị bệnh lý)

8.3.3. Đặt thiết bị dẫn lưu:

- Chỉ định:
  - + Kiểm soát nhãn áp ở bệnh nhân không đạt được nhãn áp đích dù điều trị nội tối đa.
  - + Không dung nạp thuốc, bị tác dụng phụ của thuốc, dị ứng thuốc.
  - + Khi tiên lượng cắt bẻ củng mạc thất bại cao
- Chống chỉ định tương đối:
  - + Thị lực sáng tối âm

8.3.4. Ghép nội mô hoặc ghép giác mạc xuyên:

- Chỉ định:
  - + Phù giác mạc nặng, mất bù giác mạc
  - + Khi nhãn áp đã được kiểm soát tốt
- Chống chỉ định:
  - + Thị lực còn cao (theo phân độ của WHO)
  - + Nhãn áp chưa được kiểm soát

8.3.5. Thuốc hậu phẫu:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh: Quinolone (Moxifloxacin 0,5% / Levofloxacin 0,5%,...), 4- 6 lần / ngày trong 7-14 ngày
- Thuốc nhỏ mắt kháng viêm: Prednisolon acetate 1%, 4- 6 lần / ngày trong 4-6 tuần.
- Thuốc nhỏ mắt liệt đồng tử: Atropin Sulfate 1% 2 lần/ ngày x 3 ngày.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol 0,5g x 3 lần /ngày x 1 - 3 ngày.
- Băng mắt mở ngày đầu, sau đó đeo kính bảo vệ mắt trong tuần lễ đầu để tránh tác nhân viêm nhiễm, chấn thương.

### 9. Theo dõi

- Khi bệnh nhân có nhãn áp cao, cần theo dõi cẩn thận và thường xuyên từ vài ngày đến vài tuần cho đến khi nhãn áp ổn định trở lại.
- Không có triệu chứng và đĩa thị bình thường: tái khám mỗi 6 – 12 tháng.
- Tiến triển Glaucoma: tái khám mỗi 1 – 4 tháng tùy theo mức độ nặng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 8, năm 2022.
2. Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2020.
3. Shields' Textbook of Glaucoma, ấn bản lần thứ 7, năm 2020.
4. Terminology and Guidelines for Glaucoma, ấn bản lần thứ 5, năm 2020
5. Basic and Clinical Science Course, Section 10: Glaucoma, năm 2023.

