

6.23. CO TRỌN MÍ

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Mí trên cao hơn vị trí bình thường ở tư thế nhìn thẳng
- Sợ ánh sáng, cảm giác có dị vật, khô mắt

1.2. Thực thể

- Co trợn mí trên làm lộ củng mạc giữa bờ mí và rìa giác mạc
- Có thể có lồi mắt, hạn chế vận nhãn kèm theo
- Kích thích bề mặt nhãn cầu, viêm giác mạc do hở mí, viêm giác mạc nặng có thể đe dọa thị lực.

2. Chẩn đoán

2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Mí trên cao hơn vị trí bình thường ở tư thế nhìn thẳng
- Co trợn mí trên làm lộ củng mạc giữa bờ mí và rìa giác mạc

2.2. Phân độ:

- Đánh giá mức độ co trợn mí trên dựa trên khoảng cách bờ mí – tâm đồng tử
 - MRD: Khoảng cách bờ mí trên – tâm đồng tử (Margin Reflex Distance)
 - Mắt bình thường: khoảng cách từ bờ mí trên đến tâm đồng tử là 4.5mm
 - Độ co trợn mí trên = $MRD - 4.5mm$
 - VD: $MRD = 6mm$, độ co trợn mí là 1.5mm
- Phân độ co trợn mí trên
 - Độ 1: co trợn mí nhẹ 1 - 2mm
 - Độ 2: co trợn mí trung bình 3 - 5 mm
 - Độ 3: co trợn mí nặng > 5mm.

3. Nguyên nhân

- Bệnh nhãn giáp: nguyên nhân thường gặp nhất gây co trợn mí. Cân cơ nâng mí và cơ Muller bị thâm nhiễm, phì đại, xơ hóa và dính vào tổ chức hốc mắt. Bệnh thường đi kèm lồi mắt và hạn chế vận nhãn.
- Do thần kinh:
 - Tái sinh lệch hướng thần kinh III: co trợn mí khi bệnh nhân liếc vào trong và nhìn xuống
 - HC Parinaud: co trợn mí kèm mất khả năng di chuyển lên xuống (dấu Collier). Nguyên nhân do u não, chấn thương, xuất huyết não, dị dạng động tĩnh mạch ở tuyến tùng hoặc não giữa chèn ép trung tâm phối hợp liếc dọc.
 - HC Claude Bernard: tổn thương hệ giao cảm gây co trợn mí và dẫn đồng tử đối bên

- Do cơ:
 - Cường cơ Muller
 - Co trợn mi trên bẩm sinh
- Do cơ học:
 - Cận thị nặng, mắt to bẩm sinh
 - Sau phẫu thuật mắt trước đó: lùi cơ trực trên, mổ sụp mi quá mức, phẫu thuật ấn độn, phẫu thuật glaucoma.
 - Sẹo da co kéo sau chấn thương, viêm da, u mi.
 - Đeo kính tiếp xúc gây kích thích cơ học lên kết mạc mi.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Co trợn mi giả do sụp mi mắt đối bên theo định luật Hering. Phương pháp để nhận biết là che mắt sụp hoặc kéo mi mắt sụp lên thì tình trạng co trợn mi sẽ giảm.
- U hốc mắt gây lồi mắt nặng
- Cận thị nặng

5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chụp CT sọ não – hốc mắt nếu nghi ngờ bệnh nhãn giáp
- MRI nếu nghi ngờ u hốc mắt chèn ép hoặc CT nếu gãy sàn hốc mắt.
- CTA hoặc MRI/MRA vùng đầu cổ nếu nghi ngờ u não hay dị dạng động tĩnh mạch não

6. Chỉ định điều trị:

Chỉ định điều trị ngoại trú: điều trị theo nguyên nhân gây co trợn mi.

7. Điều trị:

7.1. Nội khoa:

- Do bệnh nhãn giáp: xem phác đồ điều trị Bệnh nhãn giáp
- Điều trị hỗ trợ: nước mắt nhân tạo, thuốc mỡ tra mắt khi ngủ giúp giảm tình trạng khô mắt, ngăn ngừa viêm giác mạc do hở mi.
- Tiêm Botulinum Toxin A dưới kết mạc trong co trợn mi nhẹ (Xem Quy trình kỹ thuật Co trợn mi)
- Chuyển chuyên khoa Ngoại thần kinh nếu nguyên nhân do u não, xuất huyết não hay dị dạng động tĩnh mạch não.

7.2. Phẫu thuật:

7.2.1. Chỉ định:

- Co trợn mi vô căn
- Bệnh nhân mong muốn phẫu thuật, cải thiện về thẩm mỹ

7.2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhãn giáp chưa điều trị ổn định ít nhất 6 tháng
- Bệnh nội khoa chưa ổn định, không cho phép phẫu thuật
- Nhiễm trùng tại vùng mổ
- Bệnh nhân có thai hoặc không hợp tác.

7.2.3. Các phương pháp phẫu thuật: Xem Quy trình kỹ thuật co trợn mi

- Co trợn mi nhẹ: Cắt cơ Muller qua đường kết mạc
- Co trợn mi trung bình và nặng
 - Lùi phức hợp cân cơ nâng mi và cắt 1 phần cơ Muller
 - Cắt mí toàn bộ bề dày

8. Theo dõi

Đánh giá hiệu quả phẫu thuật:

- Tốt: hết co trợn mi
- Trung bình: còn co trợn mi nhẹ 1mm, không cần can thiệp phẫu thuật
- Không đạt: còn co trợn mi nhiều >2mm, cần can thiệp phẫu thuật bổ sung trong vòng 2 tuần sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antony S.Wong, MD.MS; Paul O. Phelps, MD, FACS; Umangi Patel, MD. Upper eyelid retraction. American Academy of Ophthalmology. December 2, 2023.
2. James Kirsztrot, Peter A.D. Rubin. Upper eyelid retraction. Current concepts in management. Oculoplastic and Orbit.
3. Jeffrey A.Nerard, MD; Keith D.Carter, MD; Mark Alford, MD. Disorder of the eyelid. Blepharoptosis and eyelid retraction. Oculoplastic and Reconstructive Surgery, 2008, p101-129.