

6.24. SỤP MI

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Bờ mi trên xuống thấp hơn vị trí bình thường ở tư thế nhìn thẳng, có thể 1 hoặc 2 bên với độ sụp không cân xứng
- Sụp mi làm giảm tầm nhìn hoặc cản trở tầm nhìn hoàn toàn.
- Các triệu chứng khác đi kèm gồm nhức đầu, nhìn 2 hình và đau vùng cổ

1.2. Thực thể

- Sụp mi từ độ 1 đến sụp mi hoàn toàn
- Các dấu hiệu liên quan gồm bất đồng kích thước đồng tử, lồi mắt và hạn chế vận nhãn.
- Dấu hiệu Charles Bell (+): nhãn cầu chạy lên trên khi bệnh nhân nhắm chặt mắt

2. Chẩn đoán

2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Bờ mi trên xuống thấp hơn vị trí bình thường ở tư thế nhìn thẳng, có thể 1 hoặc 2 bên với độ sụp không cân xứng
- Sụp mi từ độ 1 đến sụp mi hoàn toàn, sụp mi bao nhiêu độ, đánh giá sức cơ

2.2. Phân độ:

- Đánh giá mức độ sụp mi dựa trên khoảng cách bờ mi – tâm đồng tử
 - MRD: Khoảng cách bờ mi trên – tâm đồng tử (Margin Reflex Distance)
 - Mắt bình thường: khoảng cách từ tâm đồng tử đến bờ mi trên là 4.5mm
 - Độ sụp = 4.5mm – MRD
 Ví Dụ : MRD = 3mm, độ sụp là 1.5mm
- Phân độ sụp mi:
 - Độ 1: sụp mi nhẹ. Độ sụp < 2mm
 - Độ 2: sụp mi trung bình. Độ sụp 2 – 4 mm
 - Độ 3: sụp mi nặng. Độ sụp > 4mm.
- Đánh giá chức năng cơ nâng mi:
 - + Cơ trán được trung hòa bởi sự ép chặt ngón tay theo chiều ngang. Đánh giá được thực hiện bằng cách đo khoảng di động bờ mí khi nhìn lên và nhìn xuống, đo bằng thước mm.
 - + Mắt bình thường: khoảng 15mm
 - + Chức năng cơ nâng mi ở mắt sụp mi được chia thành 4 nhóm:
 - Nhóm 1: chức năng cơ nâng mi kém ≤ 4 mm
 - Nhóm 2: chức năng cơ nâng mi trung bình: 5 – 7 mm

- Nhóm 3: chức năng cơ nâng mi khá: 8 – 13 mm
- Nhóm 4: chức năng cơ nâng mi tốt > 13 mm

3. Nguyên nhân

- Do cơ:
 - Bệnh loạn dưỡng cơ
 - Liệt cơ vận nhãn tiến triển mạn tính
 - Loạn dưỡng cơ mắt hầu
 - Hội chứng Guillain-Barré
 - Sau tiêm Botulinum toxin điều trị co giật mí
- Do cân cơ: dạng thường gặp nhất, do mỏng cân cơ nâng mi hoặc tuột chỗ bám cân cơ nâng mi.
 - Tiến triển theo tuổi tác
 - Sau chấn thương hoặc phẫu thuật mắt trước đó
- Do thần kinh
 - Liệt thần kinh III do bệnh mạch máu (đái tháo đường, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch), do khối u hoặc phình mạch, trong bệnh cảnh viêm tổ chức hốc mắt, viêm đỉnh hốc mắt.
 - Tổn thương thần kinh giao cảm đến cơ Muller: viêm, phình mạch, chấn thương, u hoặc lao đỉnh phổi.
- Do thần kinh cơ: gặp trong bệnh nhược cơ. Do tổn hại chức năng đầu tận cùng thần kinh – cơ. Đây là bệnh tự miễn liên quan đến nồng độ Acetylcholine ở tấm động thần kinh – cơ.
- Do yếu tố cơ học: do u mi mắt hoặc hốc mắt, sau phẫu thuật, phù mi do chấn thương, sẹo mi co kéo.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Giả sụp mi: 2 yếu tố chính giúp phân biệt là chức năng cơ nâng mi bình thường và chứng sụp mi giả sẽ biến mất sau khi điều trị đúng nguyên nhân.
- Giả sụp mi có thể do một số nguyên nhân:
 - Sụp mi cơ học do u bướu vùng mi trên, sau khi cắt bỏ u sẽ hết sụp mi.
 - Co rút mi trên trong bệnh nhãn giáp gây sụp mi giả đôi bên do giảm luồng thần kinh theo định luật Hering.
 - Lé đứng dưới: mi trên sẽ đi xuống theo nhãn cầu gây giả sụp mi. Mi sụp được nâng lên cùng với nhãn cầu khi mắt thấp lấy lại định thị trong nghiệm pháp che mắt.
 - Dư da mi trên nặng
 - Mất thịt sau chấn thương, sau cắt bỏ nhãn cầu, teo nhãn

5. Cận lâm sàng

- CT hoặc MRI nếu nghi ngờ u hốc mắt chèn ép
- CTA hoặc MRI/MRA vùng đầu cổ nếu nghi ngờ tách lớp động mạch cảnh với dấu hiệu đau của hội chứng Horner hoặc nghi ngờ phình mạch nội sọ gây liệt dây III
- CT ngực nếu nghi ngờ có hội chứng Horner hoặc u tuyến ức gây nhược cơ.
- Đo điện cơ loại trừ nguyên nhân do nhược cơ

6. Chỉ định điều trị:

Chỉ định điều trị ngoại trú: điều trị theo nguyên nhân gây sụp mí.

7. Điều trị**7.1. Nội khoa**

- Sụp mí do nhược cơ: xem phần “Sụp mí và liệt vận nhãn do nhược cơ”.
 - Chỉ phẫu thuật treo mí khi thuốc không còn hiệu quả và độ sụp nặng gây trở ngại khi nhìn
 - Không điều trị tại chuyên khoa mắt khi bệnh nhân có khó thở hoặc yếu liệt cơ chi
- Sụp mí do liệt thần kinh III trong bệnh cảnh viêm đình hốc mắt hoặc viêm tổ chức hốc mắt: điều trị nội khoa tại chuyên khoa Mắt khi không có bệnh lý nội sọ kèm theo.
- Sụp mí sau khi tiêm Botulinum toxin A: tư vấn và hướng dẫn BN theo dõi tác dụng phụ của thuốc, tình trạng sụp mí cải thiện sau 1 tháng.
- 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**

- Khi điều trị nội khoa không hiệu quả, sụp mí độ 2,3
- Sụp mí do mỏng cân cơ hoặc tuột chỗ bám cân cơ nâng mí, sụp mí bẩm sinh
- Bệnh nhân mong muốn phẫu thuật, cải thiện về thẩm mỹ

7.2.2. Chống chỉ định

- Sụp mí do liệt III, dấu hiệu Charles Bell (-)
- 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. Quy trình phẫu thuật: Xem “Quy trình kỹ thuật mổ sụp mí”

- Do cơ: cắt ngắn cơ nâng mí, treo mí vào cơ trán (trực tiếp hoặc gián tiếp qua trung gian cân cơ đuôi hoặc thái dương) hay cắt ngắn cơ nâng mí nhiều (sau khi giải phóng cơ khỏi dây chằng Whitnall)

- Do tuột chỗ bám cân cơ : tạo chỗ bám mới cho đầu cân cơ nâng mí vào sụn mí, có thể cắt ngắn bớt cơ nếu cần thiết
- Do thần kinh : sụp mí tồn tại trên 6 tháng gây hạn chế thị lực → phẫu thuật treo mí

8. Theo dõi

- Độ sụp mí sau mổ:
 - Tốt: hết sụp mí
 - Trung bình: còn sụp mí nhẹ 1mm, không cần can thiệp phẫu thuật
 - Không đạt: còn sụp mí nhiều >2mm, cần can thiệp phẫu thuật bổ sung trong vòng 2 tuần sau mổ.
- Sụp mí sau chấn thương: Theo dõi trong 6 tháng trước khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật. Nhiều trường hợp sẽ tự cải thiện hoặc hồi phục hoàn toàn
- Sụp mí do thần kinh : Theo dõi tái khám tùy từng dạng thương tổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babar Shahzad; Marco A. Siccardi. Ptosis. National Library of Medicine. August 8, 2023.
2. Jurij R.Bilyk, MD. Michael P.Rabinowitz MD. Ptosis. The Wills eye manual: office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 7th edition 2017, Chapter 6: 247 – 251.
3. Lê Minh Thông.GS.TS. Sụp mí và các bệnh cảnh liên quan. Nhà xuất bản y học.2013.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM