

6.29. LÉ NGƯỜI LỚN

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Nhìn đôi khi lé mới xuất hiện hoặc không có triệu chứng
- Có thể đi kèm với các triệu chứng khác: đau đầu, lồi mắt, nhìn mờ...
- Tiền căn: bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, tuyến giáp, ung thư, chấn thương...

1.2. Thực thể

- Lé cơ năng
 - + Lé trong hay lé ngoài luân phiên hoặc lé một mắt
 - + Có thể kèm yếu tố đứng.
- Lé liệt
 - + Góc lé nguyên phát và thứ phát khác nhau, góc lé thứ phát lớn hơn góc lé nguyên phát
 - + Góc lé thay đổi theo hướng nhìn, đặc biệt là về phía hoạt trường cơ liệt
 - + Thường có nguyên nhân và có thể đặc trưng hoặc không với hình thái liệt các dây vận nhãn:
 - Dây III: lé ngoài có thể đi kèm sụp mi và hoặc dấu hiệu của đồng tử như giãn to, không có phản xạ ánh sáng
 - Dây IV: song thị đứng hoặc chéo ở hai mắt, hạn chế vận nhãn xuống dưới khi mắt nhìn xuống và vào trong
 - Dây VI: lé trong

2. Nguyên nhân

- Lé xuất hiện từ nhỏ nhưng chưa được điều chỉnh hoặc tái phát
- Tại não: bệnh lý thần kinh sọ não, đột quỵ, u não...
- Nơi giao tiếp thần kinh cơ: bệnh nhược cơ
- Mạch máu: bệnh vi mạch thiếu máu cục bộ như bệnh đái tháo đường
- Hốc mắt: u hốc mắt, gãy thành hốc mắt kẹt cơ sau chấn thương
- Do cơ: viêm cơ, phì đại cơ trong bệnh lý tuyến giáp, liệt ngoại nhãn mãn tính tuần tiến...

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm B: nghi ngờ liên quan bệnh lý tuyến giáp, u hốc mắt, chấn thương...
- CTScan: có tiền căn chấn thương
- MRI hoặc CTscan tùy nguyên nhân gây lé – lưu ý các trường hợp có tổn thương dây thần kinh sọ não (dây III, IV và VI):
 - + Bệnh nhân dưới 50 tuổi có liệt dây thần kinh sọ não cấp tính

- + Bệnh nhân trên 50 tuổi không có yếu tố nguy cơ về bệnh lý mạch máu như đái tháo đường, tăng huyết áp, hút thuốc lá...
- + Các trường hợp liệt dây III – Chụp MRA đánh giá dấu hiệu phình động mạch thông sau, riêng với trường hợp liệt III còn phản xạ đồng tử có thể chưa cần chụp MRI ngay (nguyên nhân thường liên quan đến các bệnh lý gây tổn thương mạch máu nhỏ: đái tháo đường, tăng huyết áp...)

4. Chỉ định điều trị

4.1. Điều trị nội trú

- Đối với các trường hợp lé do gãy sàn hốc mắt, u hốc mắt cần phẫu thuật, nhãn giáp hoạt tính...

4.2. Điều trị ngoại trú: đối với các trường hợp còn lại

5. Điều trị

5.1. Điều trị nguyên nhân

- Đối với những trường hợp lé xuất hiện cấp tính có nguyên nhân (tại não, mạch máu, bệnh toàn thân: tuyến giáp, đái tháo đường..., gãy thành xương HM) cần điều trị nguyên nhân

5.2. Điều trị triệu chứng

5.2.1. Điều trị nội khoa

- Đeo kính lăng trụ: cho trường hợp song thị nhẹ và góc lé nhỏ
- Botulinum toxin A khi lé liệt mới khởi phát, chủ yếu liệt dây VI: xem trong “Phác đồ dùng Botulinum toxin A điều trị lác liệt”

5.2.2. Điều trị ngoại khoa

- Lé cơ năng: phẫu thuật nếu có yêu cầu thẩm mỹ.
- Nguyên tắc phẫu thuật
 - + Luật Alvaro: khi can thiệp nhiều hơn 2 cơ chỉ cần tính toán khử 80% độ lé.
 - + Không can thiệp quá 3 cơ trên cùng một mắt.
- Lé liệt: chỉ định điều trị tùy cơ chế bệnh lý
 - + Bệnh lý thần kinh sọ: chỉ can thiệp phẫu thuật khi song thị dai dẳng và độ lé ổn định trên 6 tháng
 - + Bệnh lý liên quan khớp nối thần kinh cơ: điều trị nội khoa
 - + Bệnh lý mạch máu: điều trị nội khoa
 - + Bệnh lý tại cơ: điều trị nội khoa
 - + Bệnh lý hốc mắt: lấy u, nâng sàn hốc mắt tách cơ kẹt chỗ gãy (mở sớm không để quá 2 tuần sau chấn thương).

5.3. Chăm sóc hậu phẫu

- Thay băng thường quy. Mở băng ngày hôm sau.

- Kháng sinh toàn thân: nhóm Cephalosporin (Cefaclor 500mg hoặc Cephalexin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 5 ngày), hoặc nhóm Quinolone (Ofloxacin 400mg uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 5 – 7 ngày).
- Kháng viêm Methylprednisolone 16mg, 2 viên uống 1 lần sau ăn sáng trong 5 – 7 ngày nếu cần.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 3 ngày.
- Thuốc nhỏ mắt: nhóm Quinolone (Ofloxacin 0.3% hoặc levofloxacin 0.5%, hoặc Moxifloxacin 0,5%) hoặc Tobramycin nhỏ 6 lần/ngày trong 5 – 7 ngày.
- Thuốc tra mắt: Thuốc mỡ Ofloxacin 0.3% tra 2 lần trong 5 – 7 ngày.
- Thuốc rửa mắt Natri clorid 0.9% rửa 2 lần/ngày.

6. Theo dõi

Theo dõi sự ổn định của độ lè sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matthew S Pihlblad MD. When to image a patient with strabismus. AAO, Nov 2017.
2. Kierstan Boyd, Stephen N Lipsky MD. Adult Strabismus Treatment. AAO, May 2020.
3. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, LWW, June 2016

